

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Informe Final para optar al Título de Médico y Cirujano General



**Valoración del riesgo y manejo del embarazo en mujeres
atendidas en el Centro de Salud "María Antonieta Bendaña
Lara" del municipio de Santa Lucía, Boaco en el año 2008.**

Autor: Br. Mario José López Ruiz

*Tutora: Dra. Xiomara Telica González
Máster en Salud Pública
Profesora adjunta de Medicina Preventiva*

Two handwritten signatures in black ink. The first is a cursive signature, and the second is a more stylized signature.

MED
378.242
López-2
2010



Marzo, 2010

12-4-2010

Don X Fac. de Med. - 04/08/2010.-

DEDICATORIA

A mi PADRE CELESTIAL por darme las fuerzas necesarias para iniciar, desarrollar y terminar mi carrera y este estudio monográfico.

A mi amado SEÑOR JESUCRISTO, por la gracia con la cual me ha alcanzado y el amor sobrenatural que me mostró al dar su vida por mí.

A mi fiel amigo, el ESPÍRITU SANTO, quién me ha guiado por el camino correcto y me ha consolado en los tiempos difíciles y ha llenado de paz mi vida.

Br. Mario López

AGRADECIMIENTO

A mis padres, ANDRES Y LEONOR que me han inspirado a seguir siempre adelante, en medio de tantas adversidades.

A mi tutora, la DOCTORA XIOMARA TELICA, por la paciencia y sabiduría con que me guió durante el transcurso de la investigación.

A la doctora SONIA ESPINOZA, directora de la unidad de salud donde se realizó el estudio y mi jefe inmediato, por darme permiso cada vez que lo necesitaba para realizar el presente estudio.

A la licenciada AURORA VALLE, jefa de enfermería por su apoyo incondicional en la logística del mismo.

Al doctor EMILIO PEREZ y la licenciada SARA CANALES, por su apoyo logístico en la unidad donde se realizó el estudio.

A una gran mujer que me ha sido por otra mamá, ROSA ESTHER RAMIREZ, quien me ha apoyado mucho en la logística e insumos para llevar adelante dicho proyecto.

Br. Mario López

OPINION DE LA TUTORA

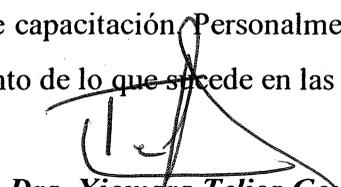
No cabe duda que los problemas asociados a la morbimortalidad materna pueden ser evitados cuando el personal de salud que atiende a la mujer en periodo de gestación lo hace con la mejor disposición, conocimiento, sensibilidad y sobre todo con un gran *sentido de responsabilidad*. El control prenatal, hoy por hoy, sigue siendo la mejor herramienta con que cuentan los servicios de salud para enfrentar y combatir este flagelo que aún sigue cobrando prematuramente la vida de las mujeres y dejando en orfandad a miles de niños en todo el mundo. El objetivo primordial del control del embarazo es, precisamente, detectar aquellos factores que pudieran poner en peligro la vida de la madre y la del bebé non nato, por tanto, los sistemas de salud deben disponer a sus mejores profesionales al frente de esa tarea.

El estudio que hoy me honro en presentar esta dirigido a valorar el desempeño de los prestadores de servicios de salud que atienden a las embarazadas, midiendo, para ello, la forma en *cómo los médicos clasifican a las mujeres de acuerdo a la detección de factores de riesgo y luego cuál es el seguimiento que se les brinda*.

Tal vez el resultado más impactante que se logra identificar es que la clasificación de riesgo se está realizando peligrosamente de forma inapropiada, lo que podría significar un deterioro de la salud de la mujer y sus bebés y un deterioro de los indicadores de mortalidad materna.

Es imperante que se tomen medidas de entrenamiento sobre el tema para el personal de salud y monitoría y evaluación periódica del desempeño de los trabajadores para corregir de forma expedita esta situación.

Invito a los lectores interesados en los resultados de este documento a realizar estudios de evaluación del desempeño de los prestadores de servicios médicos con el fin de identificar áreas sensibles de capacitación. Personalmente felicito al autor de este estudio por regalarnos el conocimiento de lo que sucede en las unidades de salud de nuestro país.



Dra. Xiomara Telica González

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en las embarazadas captadas durante todo el año 2008, obteniendo como universo 116 pacientes y el muestreo fue por conveniencia tomando como población de estudio a todo el universo.

El propósito principal de este estudio fue evaluar la manera en que se están diagnosticando a las pacientes ARO basados en las normas establecidas y conocer el manejo terapéutico realizado a las mismas.

Al estudiar los factores de riesgo más importantes que presentaban estas mujeres se encontró como principal factor la procedencia rural, luego el embarazo no planeado, en tercer lugar primigesta, entre otros.

Se evaluó el abordaje diagnóstico realizado a las pacientes donde se obtuvo un diagnóstico adecuado solamente en una tercera parte de las mismas, sin embargo el 98.3 % reunían criterios para ser consideradas ARO.

Respecto al abordaje terapéutico el más realizado fue el preventivo, luego el medicamentoso y por último el traslado.

De lo anterior se puede concluir que en la unidad de salud se están pasando por alto muchas pacientes ARO al hacer abordajes diagnósticos inadecuados, siendo estas pacientes de seguimiento muy estricto, además se está perdiendo la oportunidad de aplicar el manejo normado por un diagnóstico incorrecto.

Las principales recomendaciones van dirigidas a llenar correctamente la HCPB y la historia clínica general, de acuerdo a las normas del EMBARAZO DE BAJO RIESGO Y DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS. Hacer énfasis en programas de planificación familiar y consejería preconcepcional, realizar refrescamientos y talleres sobre la aplicación de las normas de bajo y alto riesgo a todo el personal de salud y realizar auditoria y evaluación de los expedientes de manera periódica, todo lo anterior con el objetivo de promover la mejora continua en el servicio de atención a la mujer.



INDICE

| | | |
|----------------------------|-------|----|
| Introducción | ..... | 1 |
| Antecedentes | ..... | 3 |
| Justificación | ..... | 5 |
| Planteamiento del problema | ..... | 6 |
| Objetivo | ..... | 7 |
| Marco Teórico | ..... | 8 |
| Diseño Metodológico | ..... | 28 |
| Resultados | ..... | 35 |
| Discusión de resultados | ..... | 37 |
| Conclusiones | ..... | 39 |
| Recomendaciones | ..... | 40 |
| Bibliografía | ..... | 41 |
| Anexos | ..... | 42 |

INTRODUCCION

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud en Nicaragua dada su repercusión negativa en los hijos, la familia y la sociedad. Esta se relaciona estrechamente con los determinantes de la salud: pobreza, nivel de educación, accesibilidad a los servicios de salud, barreras culturales, además la alta paridad, espacios intergenésicos, edad, poco o ningún conocimiento de los signos de peligro, entre otros.

Estos determinantes son abordados en las atenciones perinatales, en donde la consejería a la embarazada, realizada de manera eficaz y completa, puede incidir en la modificación del indicador de mortalidad materna. La educación a la mujer, en los riesgos a los que está expuesta durante el embarazo, tiene el propósito de generar cambios de actitud que le permitan amortiguar los efectos que tienen el alto y el bajo riesgo obstétrico sobre su estado grávido.

Además, no solo la **mortalidad materna** se deriva de un diagnóstico y manejo inadecuado sino también una carga alta de **morbilidad materna** (abortos, amenazas de parto prematuro, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, hemorragia postparto, entre otras) y **perinatal** (óbitos, incompatibilidad sanguínea, parálisis cerebral infantil, bajo peso al nacer, sepsis neonatal, asfixia, muerte, entre otras). A esto se añade la **falta de estrategias de intervención** sobre los factores de riesgo que más afectan a las embarazadas por falta de datos que permitan gerenciar adecuadamente esta problemática de salud.

Algo que es importante remarcar es que aproximadamente el 60% de las embarazadas atendidas en la unidad de salud María Antonieta Bendaña son consignadas como ARO durante sus controles prenatales, pero la categorización del riesgo en alto o bajo aún no queda claramente establecida. Este factor más la clasificación, muchas veces inapropiada, del riesgo real o potencial podrían estar impidiendo la aplicación del tratamiento adecuado de acuerdo a las normas establecidas para cada caso.

Antecedentes

Un estudio realizado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S.) sobre el tema de Riesgo Reproductivo (R.R.) realizado en dos encuestas diferentes en 1989 (6). Encontrándose la siguiente incidencia respecto a algunos factores de riesgo que se procede a mencionar por su relevancia y aplicación al presente estudio: **Multigravidez:** El 18.1 y el 18.5% tenían este factor de riesgo, es decir, antecedentes de 5 embarazos o más. Este factor ya estudiado en Honduras por De Jesús Castellanos y Col., demuestra que una paridad mayor de 4, es la que evidencia un mayor riesgo de muerte materna. Por otra parte, Sullivan y Col. encontraron que a partir de la quinta gestación se compromete seriamente la salud materna y perinatal. **Cesáreas:** se encontró una frecuencia de cesárea de 14.0 y 18.5% respectivamente. **Antecedentes de partos prematuros:** se encontró que el 11.0 y el 9.0% tenían la historia obstétrica de partos prematuros previos. **Intervalo Intergenésico:** La proporción de madres con intervalo intergenésico menor de 18 meses fue de 67.2 y 67.3 La resolución del parto por cesárea incrementó el riesgo de mortalidad perinatal en 2.75 veces más. En ese estudio se encontró una asociación significativa respecto a la prematurez con bajo peso para la edad gestacional y mortalidad perinatal, siendo 9.20 veces más riesgo en productos pre término (PEG, APG, GEG) comparado con productos de término (APG). (6)

Además hubo un estudio realizado en Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela, junio-octubre 1999, a pacientes con algún factor de riesgo el cual en resumen determinó lo siguiente (5): Se diagnosticaron 347 embarazos de riesgo, lo que da una incidencia de bajo riesgo 44,67% (155 casos) y de alto riesgo 55,33% (192 casos). Los factores de riesgo en antecedentes obstétricos tuvieron incidencia global 75,22% (261 casos); destacando los abortos 40,61%, cesáreas previas 28,31%, y partos prematuros 7,28%; patología médica fue de 85,59% (247 casos), predominaron las anemias 47,47% e infecciones 41,75%. La patología obstétrica mostró incidencia global de 52,16% (181 casos); entre ellas las hemorragias de II-III trimestre

31,49%, amenaza de parto prematuro 23,76%, e hipertensión inducida por el embarazo 18,78%.

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo, publicado por la revista chilena de obstetricia en el 2002, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio. Al realizar el estudio estadístico de los resultados obtenidos, se observó que la mayoría de las variables presentan diferencias porcentuales en cuanto a la frecuencia. Sin embargo, las que con mayor frecuencia presentaron las adolescentes al compararlas con embarazadas de 20 a 29 años, son la infección del tracto urinario, el retardo del crecimiento intrauterino, el parto prematuro y los recién nacidos de bajo peso, siendo, la única con significancia estadística el retardo del crecimiento intrauterino diagnosticado durante el embarazo. (4)

JUSTIFICACION

Las pacientes diagnosticadas como alto riesgo obstétrico (ARO) constituyen una prioridad para todos los trabajadores de salud, ya que los parámetros que encierra dicho diagnóstico ponen en peligro el buen curso del embarazo, parto y puerperio, además, puede afectar la buena salud fetal y su posterior adaptación a la vida extrauterina.

Es por eso que cuando se está ante una paciente ARO se deben realizar una serie de acciones y tomar decisiones en aras de atenuar y menguar el impacto negativo que estos factores de riesgo ejercen. Por tanto, es imperante estar familiarizados y bien claros de la diferencia entre embarazo de alto y bajo riesgo para establecer una categorización correcta de las embarazadas.

Los resultados obtenidos permitirán profundizar en el conocimiento de la “situación” de las embarazadas, que se traduce en la presencia de factores de riesgo ya sea “alto” o “bajo”, con el propósito de crear estrategias de mejora continua de la calidad de las atenciones prenatales. Estas estrategias podrían estar orientadas, fundamentalmente, a fortalecer el desempeño de los prestadores de servicios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la valoración de riesgo y el manejo que se realiza en las embarazadas atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña en el municipio de Santa Lucía, Boaco en el año 2008?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la valoración de riesgo y el manejo que se realiza en las embarazadas atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña en el municipio de Santa Lucía, Boaco en el año 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar demográficamente a la población en estudio.
2. Identificar los Factores de Riesgo más frecuentes encontrados en las pacientes a estudio.
3. Evaluar la clasificación de riesgo de la embarazada en alto, bajo y sin riesgo aparente.
4. Conocer el manejo realizado según el diagnóstico establecido para el grupo de estudio.

MARCO TEORICO

El control prenatal es una herramienta poderosa en atención primaria, la cual consiste en una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con adecuados controles lograremos:

- 1) detección de enfermedades maternas subclínicas
- 2) prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- 3) vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal
- 4) disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- 5) preparación psicofísica para el nacimiento
- 6) administración de contenidos educativos para la salud, la familia, y la crianza

los requisitos de un control prenatal eficiente son cuatro:

- 1) precoz
- 2) periódico
- 3) completo
- 4) de amplia cobertura

En general, para realizar un control prenatal efectivo, ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

Se debe hacer un enfoque de riesgo, lo cual implica que tanto la embarazada como el nuevo ser, sean atendidos en la unidad que la complejidad de sus riesgos lo amerite. Pero

debemos definir primeramente ¿qué es riesgo? Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño; y el daño es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.

Los factores de riesgo pueden ser: causales, predictivos, endógenos, exógenos, preconcepcionales, concepcionales, del parto, del postparto, neonatales.

Por eso en las unidades de salud, el MINSA ha dispuesto normas para atención prenatal de BAJO RIESGO (antes llamado ARO potencial), en las que se dan pautas a cuando dejar de considerar bajo riesgo y catalogarla como ALTO RIESGO (ARO potencial) para perfilar el control de manera que se atenúen los riesgos y disminuir la probabilidad de desenlaces negativos. Además con esto se logra optimizar los recursos y el uso de personal especializado.

Hay algunas características, cuya presencia en la embarazada la califican como de ALTO RIESGO y la excluyen del control prenatal de BAJO RIESGO.

Embarazo de BAJO RIESGO, cuando existen factores (sociales, genésicos, biológicos, etc.) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones en el estado de salud de la madre, el feto o ambos y que puedan ser manejadas y resueltas por métodos clínicos simples.

El de bajo riesgo es aquél en que existen factores que solos o asociados son significativos para la aparición posterior de un daño, pero que en el presente pueden presentar alteraciones del estado de salud de la madre, feto o ambos, pero que pueden ser resueltos en el transcurso del embarazo.

Embarazo de ALTO RIESGO, cuando existen factores de riesgo (sociales, genésicos, y fundamentalmente biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia puede significar

un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, el parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos.

El embarazo de alto riesgo es aquél en que la madre, el feto y/o neonato tiene una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas durante o después del embarazo. (6) otros autores lo definen como la gestación en una mujer en la que existe contingencia o proximidad de lesión o peligro en forma de antecedente, bien de forma intermitente o bien estadísticamente asociado, a esto elementos se les conoce como factores de riesgo.

Las normas del MINSA, establecen qué factores de riesgo se pueden manejar como consulta de BAJO RIESGO:

Factores sociales:

- 1) pobreza, migración, machismo, violencia
- 2) embarazadas que trabajan con esfuerzo físico
- 3) embarazadas solteras
- 4) viviendas precarias con más de 5 personas por habitación
- 5) analfabetismo
- 6) paridad satisfecha y deseo de esterilización quirúrgica
- 7) grandes trayectos a pie
- 8) dificultad de acceso a la atención prenatal
- 9) embarazo no deseado

Factores biológicos:

- 1) talla baja (menor de 1.5 m)
- 2) intervalo Intergenésico menor de 18 meses
- 3) antecedentes familiares que no repercuten al actual embarazo de: diabetes, tuberculosis, sífilis, MF congénitas
- 4) antecedentes personales no activos y que no se presentan en el actual embarazo, como la toxemia, IVU, anemia, etc.

- 5) antecedente de un aborto o muerte perinatal durante el trabajo de parto y de embarazos prolongados
- 6) nulíparas y grandes multíparas
- 7) presentación pélvica hasta las 36 SG
- 8) cesárea anterior con FUM conocido hasta la semana 34

Hábitos y comportamiento

- 1) fumadora: Referir si se presentan complicaciones materno-fetales asociadas
- 2) alcoholismo: Referir si se presentan complicaciones materno-fetales asociadas
- 3) drogadicción: Referir si se presentan complicaciones materno-fetales asociadas

Atención a la salud

- 1) captación tardía
- 2) falta de periodicidad en los controles
- 3) menos de 2 controles
- 4) ausencia de control prenatal

Qué factores de riesgo se pueden manejar como consulta de ALTO RIESGO:

- ❖ hiperémesis gravídica no controlable
- ❖ antecedentes de aborto diferido y muerte fetal ante parto
- ❖ anemia con hemoglobina menor de 10 gr o hematocrito menor 30%
- ❖ IVU con repercusión sobre el embarazo actual
- ❖ Hipertensión arterial y embarazo
- ❖ Amenaza de parto prematuro (APP)
- ❖ Hemorragias en el embarazo (amenaza de aborto, placenta previa, DPPNI)
- ❖ Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) o falta de incremento de la curva de altura uterina
- ❖ Embarazo múltiple o altura uterina arriba de percentil 90
- ❖ Embarazo prolongado
- ❖ Diabetes y embarazo

- ❖ Rh negativo sensibilizado
- ❖ Presentación pélvica y situación transversa después de 36 SG
- ❖ Cesárea anterior, después de 34 SG si la FUM es conocida, de lo contrario, desde la captación
- ❖ Adolescente (menor de 18 a.) con riesgos activos
- ❖ Sumatoria de factores de riesgo social (analfabeta, desnutrida, soltera, víctima de violencia, embarazo no deseado, etc.)
- ❖ Complicaciones medicas y quirúrgicas del embarazo
- ❖ Aumento exagerado de peso
- ❖ Aumento inadecuado de peso
- ❖ Disminución o aumentado del líquido amniótico
- ❖ Obesidad
- ❖ Macrosomía fetal
- ❖ Fumadoras con embarazo de alto riesgo
- ❖ Rotura de membranas
- ❖ Alcoholismo y drogadicción con embarazo de alto riesgo
- ❖ ETS/SIDA y embarazo
- ❖ Enfermedades endémicas y embarazo
- ❖ psicopatológicas

Para implementar las actividades de normalización del control prenatal dirigido a las embarazadas de bajo riesgo es necesario un instrumento que permita identificarlas. Este objetivo se logra al constatar la presencia o ausencia de factores de riesgo. (1)

Cada factor por sí solo no constituye un factor de riesgo definitivo, pero su combinación puede identificar un tipo de asistencia distinta y más intensa.

Los factores de riesgo se dividen en potenciales y reales, entre los potenciales más sobresalientes tenemos los preconcepcionales (estado civil, nivel educativo, paridad, edad

materna, etc.). Entre los factores de riesgo real se incluyen los cuadros mórbidos, diabetes, síndrome hipertensivo gestacional, incompatibilidad sanguínea, anemia, cardiopatías, etc.

Se considera ALTO RIESGO REPRODUCTIVO (A.R.R) a la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil o su producto potencial de enfermar, morir o padecer una secuela durante el embarazo, parto y el puerperio (3).

- Podemos clasificar los factores de riesgo según el tiempo en que surgen:

A- FACTORES DE RIESGO PREVIOS AL EMBARAZO ₃

Antes de que se produzca la concepción, es posible que la madre tenga características o condiciones que incrementen el riesgo durante el embarazo. Además, cuando se ha tenido un problema en un embarazo, el riesgo de tener el mismo problema en embarazos subsiguientes es mayor.

- 1- La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar pre eclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la pre eclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto. El riesgo de tener un bebé con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años.
- 2- Peso: Una mujer que pesa menos de 45 kilogramos cuando no está embarazada tiene más probabilidades de tener un producto pequeño para su edad gestacional. Si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener

un bebé con esas características aumenta en casi un 30 por ciento. Por el contrario, una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar diabetes y presión arterial elevada durante el embarazo.

- 3- Talla Una mujer de menos de 1,50 m de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un producto anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual.
- 4- Antecedente de aborto: una mujer que ha tenido tres abortos consecutivos siempre en los primeros 3 meses de embarazo tiene alrededor del 35 por ciento de probabilidades de sufrir otro.

Por lo cual es sumamente importante detectar a las pacientes con mayor riesgo de padecer aborto.

*investigar factores de riesgo

*realizar examen físico completo observando lesiones o estados patológicos que predisponen a aborto (cervicovaginitis, ruidos respiratorios, puño percusión positivo con IVU presente)

Causas de aborto

| | |
|------------------------|--|
| 1- ovulares propias: | Aún en pacientes aparentemente sanos, el 50 % de los abortos se producen en desarrollos embriológicos anormales. |
| 2- maternos orgánicos | <ul style="list-style-type: none"> ❖ enfermedades sistémicas: sífilis, Chagas, tuberculosis, toxoplasmosis, etc. ❖ Enfermedades locales: están limitadas al tracto ginecológico, como las infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales, malformaciones, sinequias post legrados, incompetencia ístmico cervical, etc. |
| 3- funcionales | Lo constituyen los grandes trastornos metabólicos: DM, endocrinopatías extra gonadales como los distiroidismos y algunas gonadales como alteración de la función del ovario, trofoblasto o placenta |
| 4- psicodinámicas | Se da en embarazadas clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, frecuentemente son infértiles y su trasfondo son traumas emocionales, conscientes o subconscientes son los q pueden dar lugar al aborto |
| 5- de origen tóxico | Intoxicaciones por plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc. |
| 6- de origen carencial | Hay deficiencias nutritivas totales o parciales de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, etc. |
| 7-por trauma físico | Cualquier tipo, sean directos o indirectos, se incluyen los abusos sexuales |

- 5- Antecedente de óbito: El aborto también es más probable cuando la mujer tuvo un feto muerto entre el cuarto y el octavo mes de embarazo o cuando tuvo un parto prematuro en un embarazo anterior. Antes de intentar quedar embarazada de nuevo, es recomendable que la mujer que ha tenido un aborto se someta a una prueba de detección de anomalías cromosómicas u hormonales, defectos estructurales en el útero o en el cuello uterino, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o una reacción inmune frente al feto, por lo general, por incompatibilidad de Rh Si se descubre la causa del aborto, es posible que ésta pueda ser tratada de forma adecuada.
- 6- Antecedente de partos prematuros: Cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes.
- 7- Antecedente de bajo peso: Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 2,5 kilogramos, tiene un 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso inadecuado, infección, tabaquismo y abuso de alcohol.
- 8- Macrosomía: Un recién nacido que pese más de 4 kg al nacer sugiere que la madre pueda sufrir diabetes. El riesgo de aborto o muerte de la mujer o del recién nacido aumenta si la mujer padece de diabetes durante el embarazo. Por tanto, se debe controlar la presencia de esta enfermedad en las mujeres embarazadas midiendo sus niveles de glucosa en sangre entre las semanas 20 y 28 de embarazo.
- 9- Gran multigesta: La mujer que ha tenido cinco o más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos. También

puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia post parto. Además, tiene muchas más probabilidades de tener placenta previa.

- 10- Enfermedad hemolítica: Si una mujer ya ha tenido un hijo con una enfermedad hemolítica, el siguiente puede correr el riesgo de nacer también con esta enfermedad, y su gravedad en el recién nacido anterior predice la que tendrá en el siguiente. En esos casos, se analiza la sangre de ambos progenitores.

Si el padre tiene dos genes para sangre Rh-positivo, todos los hijos serán Rh-positivos; si tiene sólo un gen de estas características, el recién nacido tiene alrededor del 50 por ciento de probabilidades de ser Rh-negativo. Esta información es útil para tomar las precauciones necesarias con la madre y el feto en embarazos subsiguientes. Por lo general, en el primer embarazo con un hijo con sangre Rh-positivo no suele haber problemas, pero el contacto entre la sangre de la madre y la del recién nacido durante el parto hace que la madre produzca anticuerpos anti-Rh y, por tanto, los siguientes recién nacidos pueden sufrir complicaciones. Sin embargo, después de que una madre con Rh-negativo alumbró un recién nacido Rh-positivo, se suele administrar a aquella globulina inmune Rh0 (D) para destruir los anticuerpos anti-Rh. El resultado es que la hemólisis (destrucción de hemáties) en los recién nacidos es muy poco frecuente.

- 11- Antecedente de pre eclampsia Una mujer que ha tenido pre eclampsia o eclampsia tiene probabilidades de volver a tenerla, en particular, si padece hipertensión cuando no está embarazada.

- 12- Trastornos congénitos Si una mujer ha tenido un bebé con trastornos genéticos o malformaciones, habitualmente se realizan análisis genéticos de éste (aunque haya nacido muerto) y de ambos padres antes de otro embarazo. En caso de que la mujer quede de nuevo embarazada, se realizan pruebas como ecografías, toma de muestras de vellosidades coriónicas y amniocentesis para ayudar a determinar las probabilidades de que las anomalías se repitan.

- 13- Alteraciones estructurales Las anomalías en los órganos reproductores femeninos, como el útero bicorne o un cuello uterino débil que no puede sostener al feto en desarrollo (cuello incompetente), aumentan el riesgo de aborto. En consecuencia, puede ser necesario practicar intervenciones quirúrgicas, ecografías o radiografías para detectar estas alteraciones; si una mujer ha tenido varios abortos, estas pruebas se realizan antes de que vuelva a quedar embarazada. Los fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, que son más frecuentes en mujeres mayores, pueden aumentar el riesgo de un parto prematuro, la incidencia de problemas durante el parto, una presentación anormal del feto, una localización anormal de la placenta (placenta previa) y abortos repetidos.
- 14- Problemas médicos Ciertas condiciones médicas en una mujer gestante pueden ponerla en peligro a ella y al feto. Las más importantes son la hipertensión arterial crónica, enfermedades renales, diabetes, cardiopatías graves, enfermedad tiroidea, lupus eritematoso sistémico (lupus) y trastornos de la coagulación sanguínea.
- 15- Historia familiar Una historia de retraso mental u otros trastornos hereditarios en la familia de la madre o del padre aumenta la probabilidad de que el recién nacido vaya a tener esa enfermedad. La tendencia a tener gemelos también se da en el seno de una misma familia.

B- FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Entre estas están las infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual, entre otras las que ahora se pasaran a detallar

- 16- Alteraciones mamarias: Hay modificaciones de las mamas durante la gestación que se deben tener en cuenta para no confundirlas con alteraciones patológicas. Los cambios de volumen, consistencia y forma, el aumento de la pigmentación, la aparición de red venosa y la secreción de calostro son cambios fisiológicos. Pero

tumores, las grandes asimetrías, sangrado por el pezón, retracciones y umbilicación del pezón y otras anomalías, deberían ser referidas al nivel de complejidad adecuado.

1- Alteración del crecimiento fetal

a- Medición de la altura uterina: utilizar cinta obstétrica, anotarlo en la HCPB y graficarlo en carne perinatal.

Anormal:

1. menor de P10 (CIUR, oligohidramnios, feto muerto retenido, óbito fetal, etc.)
2. mayor de P90 (Macrosomía, polihidramnios, embarazo múltiple, etc.)

b- Medición del peso materno: utilizar balanza y anotar en el carné. Normal cuando se encuentra entre los percentiles 25 y 90;

Anormal:

1. menor P25 (desnutrición de la embarazada, catabolismo patológico, TB, etc.)
2. mayor de P90 (Obesidad, SHG, etc.)

2- Diabetes gestacional los factores que aumentan el riesgo de DM Gest, que se deben buscar en la paciente grávida son:

a- antecedentes genéticos: presencia de diabetes en familiares de primer grado, o sea padres, hijos, hermanos.

b- antecedentes obstétricos:

- ❖ muertes perinatales sin causa conocida
 - ❖ abortos espontáneos sin causa conocida
 - ❖ preeclampsia
 - ❖ polihidramnios a repetición
- c- factores fetales: entre ellos Macrosomía > 4000 gr y malformaciones
- d- factores metabólicos:
- a. obesidad al inicio del embarazo
 - b. ganancia excesiva de PM
 - c. DM Gest en embarazos anteriores
 - d. Glicemias mayor a 100 mg/dl en plasma venoso
- e- edad de la embarazada: mayor de 35 años
- 3- Anemia: SE DEBE recomendar hierro como suplemento para prevenir el estado anémico, además recomendar dieta rica en hierro(carnes rojas, vegetales, frutas frescas, etc.)
- 4- Enfermedades de Transmisión Sexual: EL OBJETIVO DE SU DETECCION precoz en el embarazo es prevenir las consecuencias materno-perinatales de las principales ETS. SE debe interrogar sobre conductas de riesgo de la paciente y su pareja o antecedentes de ETS de la misma sea reciente o lejano.

Realizar examen ginecológico, buscando lesiones o secreciones sugestivas de ETS, si hay enviar examen de exudado, gram y cultivo de las mismas. Se deben realizar al menos 2 VDRL en el 1º y 3º control. Cuando se detecta ETS debemos darle tratamiento tanto a la embarazada como a su pareja.

- 5- Infecciones del tracto urinario: Es la enfermedad más frecuente en la gestación, la cual es ajena a la misma. Los síntomas más frecuentemente aquejados son: polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y dolor en la región vesicoureteral. Los escalofríos y la fiebre son más frecuentes en las formas agudas. Las infecciones altas del árbol urinario, también se manifiestan en su forma latente, por esta sintomatología, lo cual obliga a desconfiar de cistitis q se prolonga más de una semana a pesar del tratamiento o que recidiva. En este caso hay que pensar en una posible pielonefritis.

La bacteria causante es casi siempre la E. Coli y en menor proporción la Clamidia Trachomatis; una vez recolectada la muestra para urocultivo se instaura la terapéutica de inmediato. Debido a la alta frecuencia de la bacteriuria asintomática, se sugiere realizar de rutina un urocultivo en el primer CPN, aun en ausencia de sintomatología. El procedimiento de elección para el recuento de colonias bacterianas es la técnica del sembrado en agar. Pero por razones de costo hay otras técnicas que también nos ayudan y son de adecuada exactitud.

Si un primer recuento arroja entre 10000 y 99000 microorg/ml y si un segundo recuento repite estos valores sin mediar tratamiento, hay un 95 % de probabilidad de que sea contaminación. Debido a que un tercio de las bacteriurias asintomáticas no tratadas evolucionan hacia una infección sintomática en el curso de la gestación y también presentan mayor frecuencia de infección postparto, se recomienda su detección y tratamiento. Al prevenir las infecciones sintomáticas, se tienden a evitar una mayor frecuencia de partos prematuros y de productos de bajo peso al nacer.

La probabilidad de detectar bacteriuria asintomática durante la gestación y evitar la aparición de infecciones sintomáticas es un fuerte argumento adicional a favor de un control prenatal precoz.

- 6- Problemas del canal de parto Se debe usar en forma rutinaria la revisión por especuloscopia y/o examen bimanual en toda mujer embarazada, buscando masas, secreciones, cambios de lubricación y realizar el Papanicolaou, prescindiendo del aspecto del cuello uterino. Ya que es muy útil para la detección precoz del cáncer cérvico uterino y sigue siendo el más eficaz para la pesquisa de neoplasias cervicales.
- 7- Tétanos neonatal y puerperal SE DEBE revisar, iniciar, completar vacunaciones con toxoide tetánico según esquema, además se debe anotar fecha y dosis aplicada. El intervalo entre la 1ª y 2ª dosis es de 4-6 semanas más refuerzo al año.
- 8- Incompatibilidad sanguínea Se deben realizar los exámenes de grupo y factor Rh para su detección.
- ❖ interrogar sobre esta enfermedad en embarazos y partos previos
 - ❖ de ser Rh negativo, solicitar grupo y Rh del padre
 - ❖ ordenar Coombs indirecto lo más pronto posible (con el resultado del Rh)
 - ❖ si es negativo el coombs, enviar una nueva prueba a las 28 SG;
 - ❖ si sale negativa aplicar 300 mcg de gammaglobulina anti-D (si hay posibilidades económicas, reiterar la dosis si el parto no se produce en las siguientes 12 semanas)

Aplicar 300 mcg de gammaglobulina anti-D en las primeras 72 h postparto. Si el bebe es Rh positivo y la madre no está sensibilizada.

1. aplicar siempre la vacuna posterior a un aborto o un embarazo ectópico
 2. si la prueba de Coombs indirecto es positiva, referir a ARO (real)
- 9- USO DE DROGAS (tabaco, alcohol, otras) Indagar si existe el hábito de fumar, preguntar sobre cuántos cigarrillos se fuma por día y cuánto tiempo tiene de fumar. Preguntar sobre cantidad y frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas. Investigar sobre uso y abuso de otros tipos de drogas, advertir sus riesgos

♥ El alto consumo de cigarrillos en el embarazo ha sido asociado, con mayor proporción de:

- a. abortos espontáneos
- b. muerte fetal
- c. bajo peso al nacer
- d. muerte neonatal
- e. complicaciones del embarazo, parto y puerperio
- f. disminución de la calidad y cantidad de leche materna

10- Violencia detectar signos de violencia en las embarazadas que acuden a CPN; indagar sobre maltrato físico, emocional, violencia sexual y realizar examen físico orientado a las quejas del maltrato. Hacer uso de medios de diagnóstico, dar el tratamiento específico y dar educación para prevención y erradicación de la violencia

Dar atención PSICO-SOCIAL:

- ❖ realizar investigación psico-social de la embarazada y su núcleo familiar; dar tratamiento en base a lo encontrado

Se deben registrar los datos en las estadísticas y en el libro médico-legal; entregar certificado si se solicita.

11- Embarazo múltiple En esta situación se deben tomar una serie de decisiones para prevenir complicaciones asociadas al mismo.

Detección precoz:

- A) Antecedentes familiares maternos o personales de embarazo múltiple
- B) Pre eclampsia temprano en el embarazo



- C) Hiperémesis gravídica
- D) Tratamiento con inductores de la ovulación previo al actual embarazo

Identificar signos de presunción:

- ❖ Útero de tamaño mayor a lo esperado para la edad gestacional
- ❖ AFU mayor de percentil 90 según edad gestacional
- ❖ Palpación de numerosas partes fetales
- ❖ Palpación de más de un polo cefálico fetal
- ❖ Auscultación de más de un foco, con frecuencia cardiaca diferente

Datos de certeza:

- 1) ecografía que demuestra más de un feto
- 2) dos o más registros simultáneos de FCF asincrónicas

Patologías asociadas a embarazo múltiple:

a- maternas

- anemia
- preeclampsia
- eclampsia
- accidentes placentarios(desprendimiento y placenta previa)
- polihidramnios
- HPP por atonía uterina

b- fetales

- malformaciones
- CIUR
- SFA intraparto
- Presentaciones anormales

c- Neonatales

- Pretérminos
- PEG
- DEPRESION al nacer al 1º y 5º minutos

13- Embarazo en adolescentes

Un aspecto ampliamente documentado en la literatura internacional es la relación directa entre embarazo temprano y bajo peso del producto al nacer. Esto conlleva a una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor, tanto para el incremento de la morbilidad como de la mortalidad; si no se toma en cuenta esta realidad, no se puede garantizar la participación plena de la adolescente en el desarrollo futuro de nuestro país.

Ser madre adolescente implica en muchos casos no poder trabajar ni estudiar, porque no tienen quién les cuide al hijo y, en algunos casos, se vive hacinada al interior de una familia ampliada por la falta de recursos económicos. Este es el perfil que presentan algunas adolescentes madres pobres de Perú.

Las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales, donde también juegan elementos psicológicos. En sectores amplios de la sociedad peruana, por ejemplo, en la población rural, donde el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de las vidas de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valorización social que ellas tienen. No todas las adolescentes embarazadas tienen las mismas reacciones emocionales, algunas rechazan al bebé o lo pueden querer de manera confusa e idealizada. La adolescente puede ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que esto conlleva.

Quizá quieran al bebé por tener alguien a quien amar.

En muchas ocasiones, las pacientes no tienen un único factor considerado como de riesgo, lo cual implica que el riesgo global de un embarazo determinado dependerá del conjunto de los factores de riesgo concomitante.

En cualquier caso, tal y como afirma Arias, hay dos circunstancias que principalmente constituyen las situaciones de riesgo; la primera de ellas está relacionada con pacientes con mal historial médico u obstétrico o con situaciones patológicas bien definidas; la segunda y la más importante por su frecuencia es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada. Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal y materna sea desfavorable.

Cuando trabajamos en atención primaria debemos capacitar al personal comunitario para que refiera las embarazadas ARO (real) de manera rápida desde la comunidad y así disminuir el impacto de dichos factores sobre el curso y conclusión del embarazo.

Ellos deben reconocer los signos de alarma que se desarrollan durante el embarazo:

- ❖ Náuseas y vómitos persistentes
- ❖ Secreciones o flujos vaginales anormales
- ❖ Hemorragias vaginales
- ❖ Edemas o várices vaginales
- ❖ Cefaleas
- ❖ Visión borrosa

El embarazo en la adolescencia contribuye en cifra a la mortalidad materna en América latina, en forma directa hasta de 15% y en una forma indirecta mayor aún, ya que iniciando la paridad en la adolescencia, la mujer está más expuesta al riesgo de intervalo intergenésico.

Según la Federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO), la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de terminación del embarazo y por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo mismo o su manejo; pero no por causa accidental o incidental. Cuando el fallecimiento ocurre después de los 42 días la complicación fatal se debe haber iniciado dentro de este intervalo.

La mujer puede embarazarse varias veces durante su vida reproductiva, por lo tanto, corre riesgo de muerte con cada embarazo. Eso implica un riesgo de muerte de por vida asociado al embarazo, un riesgo que en los países en desarrollo puede ser de 1 en 21, comparado con 1 en varios miles en los países industrializados.

Por ejemplo el riesgo de por vida de morir por causas asociadas con el embarazo en África es 1 en 21, en Asia 1 en 54, en América del sur 1 en 71, en el Caribe 1 en 40, en América del norte 1 en 6,660; en el norte de Europa 1 en 9,850.

Según la última encuesta realizada por ENDESA 2001 indican que el país cuenta con 5.2 millones de personas, de las cuales un tercio de estas son mujeres; asimismo las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres, siendo el 57% mujeres menores de 30 años.

También por cada muerte materna se estima que hasta 10-15 mujeres quedan incapacitadas de una manera u otra.

MANEJO

La atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación de la misma.

El tratamiento de bajo riesgo puede ser realizado por el médico general, familiar o ginecólogo en las instalaciones y con los recursos existentes en las unidades de atención primaria.

Se puede decir que existen 3 tipos entre los cuales tenemos: preventivo, medicamentoso y traslado.

Manejo preventivo. Dicho manejo consiste en una serie de actividades dirigidas principalmente prevenir la aparición de enfermedades que afectarían el buen curso del embarazo y podemos decir que consiste en:

- Dieta variada de acuerdo con la disponibilidad local
- Uso de zapato bajo
- Ácido fólico, 5 mg vía oral y Sulfato o fumarato ferroso
- Primera dosis de toxoide tetánico
- Biometría hemática y examen general de orina, VDRL glucemia grupo sanguíneo y Rh
- Diagnóstico oportuno de cáncer y Detección de VIH
- Vigilancia de la salud bucodental

Manejo medicamentoso. Con respecto a este tipo de manejo (el cual se puede usar en bajo y alto riesgo en casos que se trasladan a emergencias) va en dependencia de la patología que presenta la paciente y va desde enfermedades cuyo tratamiento es oral hasta I.V. no se profundizara en cada tratamiento para cada uno de los factores de riesgo descritos anteriormente ya que no es uno de los objetivos de el presente estudio.

El traslado se refiere a que el facultativo valga la redundancia, traslada a una unidad donde se pueda manejar por un ginecólogo, ya sea a consulta externa o emergencias obstétricas de un hospital de 2º o 3º nivel y dicho manejo depende del diagnóstico establecido.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio: el estudio se realizó en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña, ubicado en el municipio de Santa Lucía, Departamento de Boaco. El centro de salud es una unidad de atención primaria que cubre a una población de 7024 Habitantes. Los servicios dirigidos a la mujer son Planificación familiar, Papanicolaou, atención prenatal, atención puerperal.

Universo y muestra: 116 embarazadas que se captaron, atendidas durante el año 2008.

Tipo de muestreo: por conveniencia

Criterios de inclusión:

1. Embarazadas captadas durante el período establecido del estudio.
2. Embarazadas cuyo expediente clínico contenga HCPB y la historia general de los ingresos a los distintos programas.

Criterios de exclusión:

1. Embarazadas captadas fuera del período de estudio.
2. Embarazadas de comarcas que no pertenecen a la zona que cubre la unidad de salud.

Variables:

1. Factor de riesgo
2. Valoración del riesgo
3. Manejo

Consideraciones Éticas

Dado que el estudio hizo uso de los expedientes clínicos, no tendrá repercusiones en el grupo de mujeres estudiadas. Para tener acceso a la fuente de datos se le dió a conocer los objetivos de la investigación a la dirección del centro de salud de los datos tomados del expediente se mantendrán en absoluta confidencialidad, ya que este estudio y sus resultados son meramente con fines didácticos.

Operacionalización de Variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | VALOR | |
|------------------------------|---|-----------------------|-----------------|--------|---|--|
| Características demográficas | Factores individuales de la población con respecto a su rol en la sociedad. | Edad | Años | | <20 años 20- 34 años >34 años | |
| | | Procedencia | Area geográfica | | Rural Urbano | |
| | | Estado civil | Status | | Soltera Casada Unión estable | |
| | | Escolaridad | Nivel aprobado | | Sin estudio Primaria Secundaria Técnica Universitaria | |
| Factor de riesgo | Características de la embarazada que tienen la probabilidad de generar un daño a la paciente. | Factores demográficos | Edad | | <20 años 20- 34 años >34 años | |
| | | | Procedencia | | Rural Urbano | |
| | | | Escolaridad | | Sin estudio Primaria Secundaria Técnico Universitario | |
| | | | | | | Bajo riesgo Sin riesgo Bajo riesgo |
| | | | | | | Bajo riesgo Sin riesgo |

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | VALOR |
|----------|------------|----------------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Casada Unión estable | Sin riesgo Sin riesgo |
| | | Antecedentes ginecoobstétricos | Primigesta Gran multigesta Cesárea anterior Muerte perinatal Aborto Pre eclampsia Óbito | | Bajo riesgo Bajo riesgo Alto riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo |
| | | Antecedentes personales | Enfermedad médica crónica Alcohol Fumado Drogas | | Alto riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Alto |
| | | Patologías en el embarazo actual | Anemia IVU Rh Negativo sensibilizado Obesidad Leucorrea ITS BPM Talla baja Captación no precoz FUM desconocido PIG corto PIG mayor de 5 años | | Bajo riesgo Bajo riesgo Alto riesgo Alto riesgo Bajo riesgo Alto riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo Bajo riesgo |

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | VALOR |
|-----------------------|--|---|--|--|--|
| Valoración del riesgo | Valor que se le da a la clasificación del riesgo de acuerdo a los hallazgos detectados por el médico en la mujer gestante. | Se considera "alto riesgo" la mujer que presenta un parámetro de peligro para la vida de ella y el producto "Bajo riesgo" son factores que por el momento no representan peligro para la embarazada, pero si no se toman medidas al respecto se pueden convertir en una amenaza para la mujer y su feto. Es la ausencia de factores que pudieran poner en peligro la vida de la embarazada y su bebé. | Embarazo no planeado Alto riesgo Bajo riesgo Sin riesgo | Correspondencia entre los factores de peligro encontrados con el diagnóstico establecido por el facultativo. | Bajo Adecuado Inadecuado |
| Manejo | Se refiere a la terapéutica utilizada por facultativo. | Preventivo | Medidas generales | | Sulfato ferroso + ácido fólico Exámenes de laboratorio Consejería Recomendaciones |

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | VALOR |
|----------|------------|--|-----------|--------|--|
| | | | | | Fármacos contra enfermedades específicas |
| | | Medicamentoso | Fármacos | | Referencias por escrito |
| | | Traslado al segundo de nivel de atención | | | |

RESULTADOS

El 74.3% eran procedentes del área rural, mientras que el 25.7% era urbano. Respecto a la edad el 28.4 % eran menores de 20 años; de 20 a 34 años el 62.9% y mayores de 34 años un 8.6 %. Además se encontró pacientes solteras en 5.2 %; La escolaridad reveló sin estudio a 11.2 % de las mujeres y con primaria al 47.4%; secundaria al 35.3%; con escolaridad universitario al 6%. En el estado civil de las pacientes se encontró que el 5.2% de las mujeres eran solteras, el 36.2% casadas y en unión estable el 58.6%. (Véase Cuadro No. 1).

Con respecto a los factores de riesgo demográficos se puede decir que el 74.3% eran procedentes del área rural. Respecto a la edad el 28.4 % eran menores de 20 años y mayores de 34 años un 8.6 %. Además se encontró pacientes solteras en 5.2 %; la escolaridad reveló sin estudio a 11.2 % de las mujeres. Todos estos factores son considerados de bajo riesgo. (Véase Cuadro No. 2)

En los antecedentes obstétricos como factores de riesgo se observó que las primigestas fueron 37.9 %; gran multigestas 4.3 %, del total de pacientes en estudio. Con cesárea anterior 8.6 %; con aborto 8.6 %; con antecedente de muerte perinatal 2.6 %; con preeclampsia 2.6 %; y con antecedente de óbito 0.8 %. Con excepción de la cesárea anterior que es un factor de riesgo alto, el resto de ellos son bajo riesgo. (Véase Cuadro No. 2)

En los antecedentes personales se determinó que el 6 % presentó alguna enfermedad crónica de base, como antecedente personal, considerándose embarazos de alto riesgo. (Véase Cuadro No. 2).

Se reflejaron diversas patologías presentes durante el embarazo actual descritas en la HCPB y/o en la historia clínica general, entre las cuales la anemia se manifestó en un 19.8 %, 25.8 % con IVU de las cuales 2 tenían pielonefritis; obesidad 12 %; 6.9 % con leucorrea (infecciones vaginales y/o cervicales); bajo peso materno en el 6 %; Rh

negativo sensibilizado un 1.7 %; ITS (condilomatosis) 0.86 %; talla baja 28.4 %; las captaciones que fueron “no precoz” en un 37.1 %; periodo intergenésico (PIG) mayor a 5 años el 18.9 %; FUM desconocido 11.2 %; periodo intergenésico corto es decir menor de 18 meses el 6.9 % de las pacientes; y se encontró que su embarazo no fue planeado en el 47.4 % de las mismas. Las patologías consideradas de alto riesgo para las mujeres en estudio fueron la obesidad, las ITS y el Rh negativo. (Véase Cuadro No. 2).

Se realizó una evaluación del diagnóstico realizado por facultativo en la cual se encontró que el diagnóstico “sin riesgo” fue adecuado solo en el 3.2 % e inadecuado en el 96.8% de los casos; el diagnóstico “bajo riesgo” fue adecuado en el 100% de los casos; el diagnóstico “alto riesgo” fue adecuado en el 100% de los casos (Véase Cuadro No. 3).

Se diagnosticó “sin riesgos” en el expediente clínico al 54.3 % y según el diagnóstico ajustado las embarazadas que no tenían ningún factor de riesgo solo era el 1.7%. Con bajo riesgo se diagnosticaron al 40.5 % y por diagnóstico ajustado el 85.3% eran ARO potencial y finalmente el alto riesgo (ARO real) fue diagnosticado en el 5.2% de los casos, por diagnóstico ajustado solo le correspondía esta clasificación al 12.9% de las embarazadas. (Véase Cuadro No. 4).

Se encontró que de las pacientes estudiadas, se prescribió algún tipo de manejo a la mayoría de las pacientes, de las cuales el manejo más frecuentemente realizado fue el preventivo con un 87.9 %. El manejo medicamentoso se realizó a un 23.3 %. Se realizó traslado al hospital o a consulta especializada a un 5.2%. En el 8.6% de los casos no se encontró la indicación terapéutica a seguir. (Véase Cuadro No. 5).

DISCUSION DE RESULTADOS

Podemos decir que este estudio difiere bastante respecto a los resultados encontrados en otros estudios comentados en los antecedentes, ya que la mayoría son realizados tanto en atención secundaria como en terciaria y el presente es puramente atención primaria, lo cual genera que los factores de “alto riesgo” sean sobresalientes al compararlos con los de “bajo riesgo” en esos estudios. En los estudios de atención secundaria ocurre lo contrario por el perfil de manejo y resolución diagnóstica de cada nivel de atención.

El municipio de Santa Lucía se caracteriza por estar ubicado en el sector rural del departamento de Boaco por lo tanto el factor de riesgo más frecuentemente encontrado fue la procedencia rural lo que sería lo esperado para esta variable. Otro factor muy frecuente y sumamente importante es el embarazo no planeado, lo que podría deberse a que las mujeres en edad fértil muchas veces no acuden a planificar y si lo hacen, en ocasiones, acuden fuera del tiempo adecuado para iniciar o continuar el método.

Para determinar la clasificación de riesgo vale la pena recordar que un solo factor puede categorizar el embarazo en alto (ARO real) o bajo riesgo (ARO potencial). Además, hay que tomar en cuenta que en una embarazada pueden presentarse dos situaciones: la primera que la mujer tenga más de un factor de riesgo y la segunda, que coexistan factores de alto y de bajo riesgo en cuyo caso se debe elevar al de mayor riesgo.

Tomando como referencia el párrafo anterior se observó que a pesar de que las pacientes están siendo bien interrogadas y examinadas (pues están consignados en los expedientes los factores de riesgos y descritos si los presenta o no) la clasificación diagnóstica se está haciendo adecuadamente solo en un porcentaje bajo, ya que al comparar el diagnóstico realizado por facultativo y el ajustado de acuerdo a los factores de riesgo, se puede notar que no concuerdan ambos, y esto es muy delicado ya que de un diagnóstico correcto depende un buen manejo, oportuno y eficaz y por ende un buen curso del embarazo. Pero con respecto a la evaluación de los diagnósticos realizados aún cuando pasen por alto muchos diagnósticos ARO (ver en resultados la comparación de los diagnósticos

realizados y los ajustados), al menos los diagnósticos bajo y alto que ellos dispusieron sí son adecuados.

Lo anterior estaría en correspondencia con el hecho de que no se hacen las capacitaciones y refrescamientos acerca de la norma de manera periódica por lo cual los recursos obvian factores claves en el desenlace positivo o negativo del embarazo, además los recursos médicos no van al terreno a realizar las captaciones pendientes, muchas veces por la deficiente cantidad de estos recursos en el municipio.

En la revisión de los expedientes hubo pacientes en las que no se les describió el manejo que se les brindó, lo cual según la experiencia del investigador en esta unidad piensa que sucede porque algunas captaciones se dan en terreno por lo general a pacientes que por razones de accesibilidad deciden ir a otras unidades de salud.

Es de esperar que si la clasificación es inadecuada el manejo también lo será, veamos: si se clasifica a alguna paciente como “sin riesgo” se debe manejar conservadoramente solo haciendo indicaciones preventivas, por lo cual si esa clasificación es inadecuada y verdaderamente era “alto riesgo” se debió trasladar y no manejar conservadoramente lo cual a la hora de ver el manejo diríamos que es el adecuado para el diagnóstico realizado pero no lo es para la paciente en cuestión. Por ejemplo: el número de traslados realizados, que fueron 6 según los resultados, en realidad debieron haber sido 15 de acuerdo al diagnóstico ajustado, pero no es así, como logramos observar.

CONCLUSIONES

- Se puede concluir que no se está realizando adecuadamente la valoración del riesgo a las embarazadas, lo cual es alarmante ya que principalmente las pacientes ARO real no están siendo identificadas al momento de su captación, lo que está repercutiendo en el manejo a seguir ya que el seguimiento de estas pacientes debe ser muy estricto y este diagnóstico realizado de manera oportuna, consigue un impacto positivo en los indicadores de salud relacionados al mismo.

- Respecto al manejo a seguir se está realizando de acuerdo al diagnóstico hecho por el médico; pero se debe dejar establecido que el estudio reveló que el diagnóstico se ha hecho inadecuadamente, por tanto el manejo no es el que necesita la paciente de acuerdo a los factores de riesgo que en realidad presenta, lo cual puede tener serias repercusiones en el curso del embarazo y desarrollo del producto y el recién nacido.

RECOMENDACIONES

1. Promover el llenado correcto de la HCPB y la historia clínica general, anotando siempre el manejo a seguir con cada paciente y determinando el diagnóstico en la historia clínica, haciendo uso para ello de las normas del EMBARAZO DE BAJO RIESGO y de EMERGENCIAS OBSTETRICAS.
2. Realizar refrescamientos y talleres sobre la aplicación de las normas de bajo y alto riesgo a todo el personal de salud.
3. Realizar auditoría y evaluación de los expedientes de manera periódica, todo lo anterior con el objetivo de la mejora continua de la calidad de atención.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ricardo Schwraz. "Atención prenatal y del parto de bajo riesgo". Publicación científica del CLAP No 1321.01. Centro latinoamericano de perinatología. 1996.
- 2) Jamileth Moreno Castillo. "Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna en el HBCR en el Período comprendido de Enero de 1999 a Diciembre del 2000". trabajo monográfico. Enero del 2003.
- 3) Manual Merck. "Embarazo de alto riesgo". 11ª. Edición. Editorial Elsevier España, S.A. 2007
- 4) Drs. Angélica Díaz y Pablo Sanhueza. "Riesgos obstétricos en el embarazo de adolescentes". Edición en la web Revista chilena de obstetricia y ginecología. v.67 n.6 Santiago. 2002.
- 5) Drs. Pedro Faneite, María González. "Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo". Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela. Vol. 60, Nº 4, diciembre 2000.
- 6) Dr. José Rubén López Canales, Dr. Arnulfo Cárcamo Mejía. "Investigación Operacional Riesgo Reproductivo: Su Aplicación en la Salud Materno Infantil". REVISTA MEDICA HONDUREÑA - Vol. 60 -1992.
- 7) Leonor Rivera y Carlos Hernández Girón. "Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México". Instituto Nacional de Salud Pública. Rev Saude Pública 2003

ANEXOS

Cuadro No. 1

**Caracterización demográfica de las embarazadas.
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**

| Caracterización demográfica | Indicador | Escala | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------|--------|------------|------------|
| | Procedencia | Urbana | | 30 | 25.7 |
| Rural | | | 86 | 74.3 |
| Total | | | 116 | 100 |
| Edad | Menor 20 a. | | 33 | 28.4 |
| | 20-34 a. | | 73 | 62.9 |
| | Mayor 34 a. | | 10 | 8.6 |
| | Total | | 116 | 100 |
| Escolaridad | Sin estudio | | 13 | 11.2 |
| | Primaria | | 55 | 47.4 |
| | Secundaria | | 41 | 35.3 |
| | Universitario | | 7 | 6 |
| | Total | | 116 | 100 |
| Estado civil | Soltera | | 6 | 5.2 |
| | Casada | | 42 | 36.2 |
| | Unión estable | | 68 | 58.6 |
| | Total | | 116 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio "abordaje de las embarazadas captadas de enero a diciembre de 2008"

Cuadro No. 2

**Factores de riesgo de las embarazadas.
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**

n=116

| Factor de riesgo | | No ¹ | % | Nivel de riesgo |
|---|----------------------------------|-----------------|------|-----------------|
| Demográficos | Rural | 86 | 74.3 | Bajo |
| | Menor de 20 años | 33 | 28.4 | Bajo |
| | Mayor de 34 años | 10 | 8.6 | Bajo |
| | Soltera | 6 | 5.2 | Bajo |
| | Sin estudio | 13 | 11.2 | Bajo |
| Antecedentes gineco obstétricos | Primigesta | 44 | 37.9 | Bajo |
| | Gran Multigesta | 5 | 4.3 | Bajo |
| | Cesárea anterior | 10 | 8.6 | Alto |
| | Aborto | 10 | 8.6 | Bajo |
| | Muerte perinatal | 3 | 2.6 | Bajo |
| | Preeclampsia | 3 | 2.6 | Bajo |
| | Óbito | 1 | 0.8 | Bajo |
| Antec. personales | Enfermedad médica crónica | 7 | 6 | Alto |
| Patologías en el embarazo actual | Anemia | 23 | 19.8 | |
| | IVU | 30 | 25.8 | Bajo |
| | Rh negativo sensibilizado | 2 | 1.7 | Alto |
| | Obesidad | 14 | 12 | Alto |
| | Leucorrea | 8 | 6.9 | Bajo |
| | ITS | 1 | 0.86 | Alto |
| | BPM | 7 | 6 | Bajo |
| | Talla baja | 33 | 28.4 | Bajo |
| | Captación no precoz | 43 | 37.1 | Bajo |
| | FUM desconocido | 13 | 11.2 | Bajo |
| | PIG corto | 8 | 6.9 | Bajo |
| | PIG mayor de 5 años | 22 | 18.9 | Bajo |
| | Embarazo no planeado | 55 | 47.4 | Bajo |

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio "abordaje de las embarazadas captadas de enero a diciembre de 2008"

¹ La cantidad que se refleja se refiere solo a las embarazadas que presentan dicho factor, las restantes son las pacientes que no presentaron el mismo.

Cuadro No. 3

**Evaluación del diagnóstico de riesgo realizado por facultativo.
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**

| Diagnóstico ² | Categoría | No | % |
|--------------------------|------------|-----|------|
| Sin riesgo | Adecuado | 2 | 3.2 |
| | Inadecuado | 61 | 96.8 |
| | Subtotal | 63 | 100 |
| Bajo riesgo | Adecuado | 47 | 100 |
| | Subtotal | 47 | 100 |
| Alto riesgo | Adecuado | 6 | 100 |
| | Subtotal | 6 | 100 |
| Total | | 116 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio “abordaje de las embarazadas captadas de enero a diciembre de 2008

Cuadro No. 4

**Diagnóstico ajustado a la clasificación del riesgo
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**

| Diagnóstico | Encontrado | | Ajustado | |
|-------------|------------|------|----------|------|
| | No | % | No | % |
| Sin riesgo | 63 | 54.3 | 2 | 1.7 |
| Bajo | 47 | 40.5 | 99 | 85.3 |
| Alto | 6 | 5.2 | 15 | 12.9 |
| total | 116 | 100 | 116 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio “Valoración del riesgo y manejo del embarazo en mujeres atendidas en el Centro de Salud María Antonieta Bendaña Lara del municipio de Santa Lucía, Boaco en el año 2008”

² En bajo y alto riesgo no hay diagnósticos inadecuados

Cuadro No. 5

**Manejo terapéutico de las embarazadas.
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**

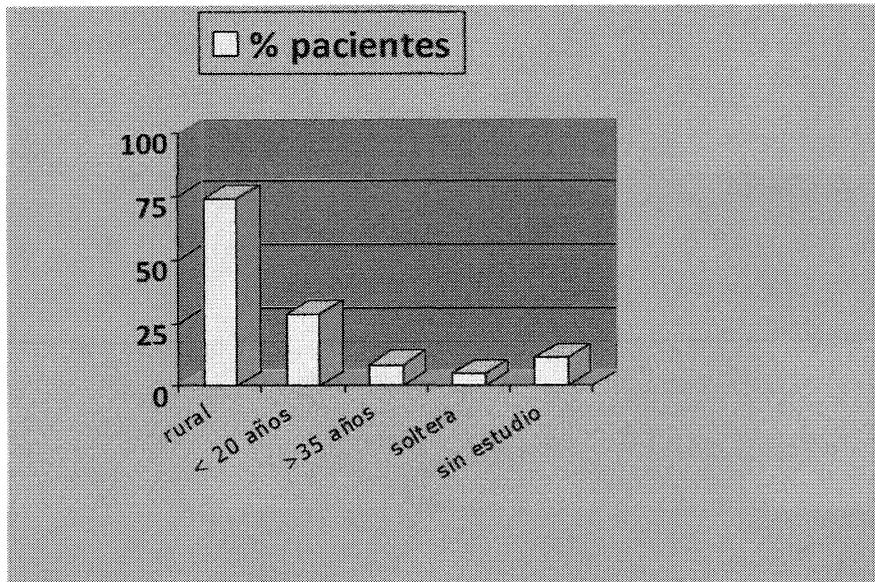
| n=116 | | No | % |
|---|----------------------|------------|-------------|
| Manejo terapéutico³ | Preventivo | 102 | 87.9 |
| | Medicamentoso | 27 | 23.3 |
| | Traslado | 6 | 5.2 |
| | Sin dato | 10 | 8.6 |

Fuente: Ficha de recolección de datos del estudio “abordaje de las embarazadas captadas de enero a diciembre de 2008”

³ A un total de 10 pacientes no se les indicó la terapéutica a seguir.

Gráfico 1

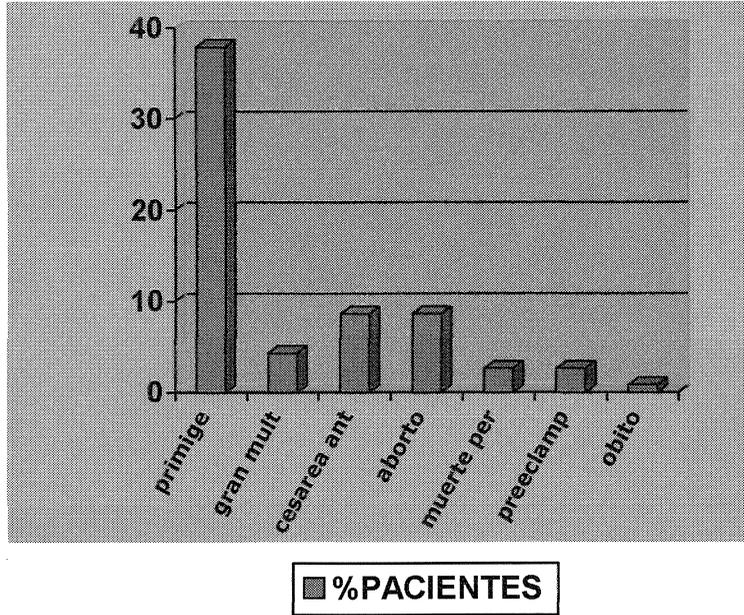
Factores de riesgo demográficos de las embarazadas. Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña Enero – Diciembre 2008



Fuente: Cuadro No. 2

Gráfico 2

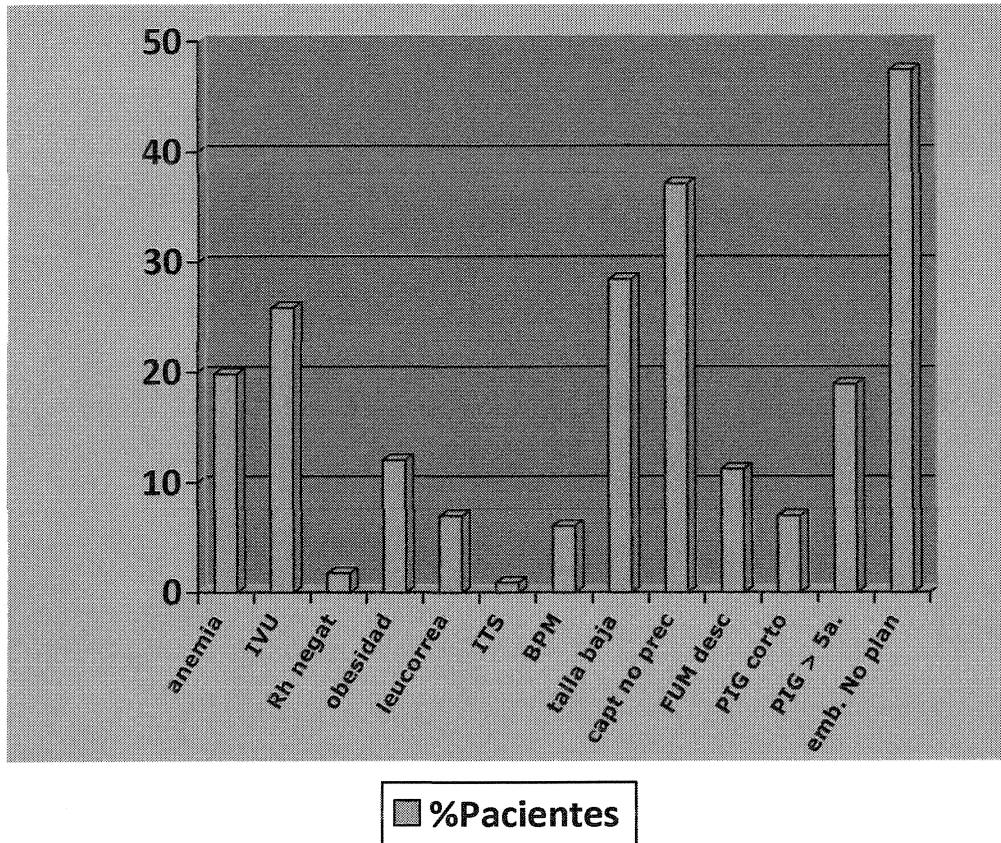
**Factores de riesgo gineco obstétricos de las embarazadas.
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**



Fuente: Cuadro No. 2

Gráfico 3

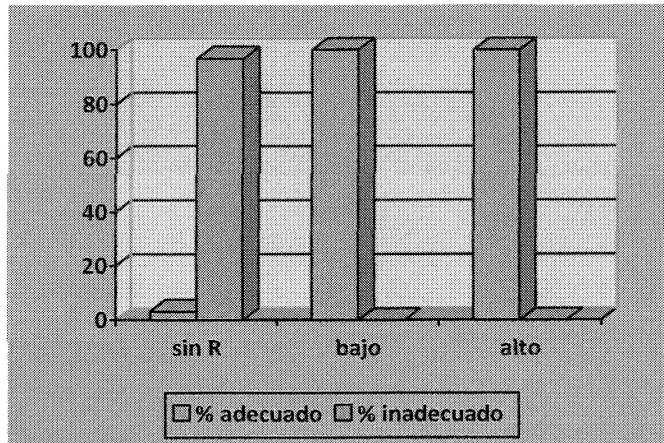
**Factores de riesgo del embarazo actual.
Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña
Enero – Diciembre 2008**



Fuente: Cuadro No. 2

Gráfico 4

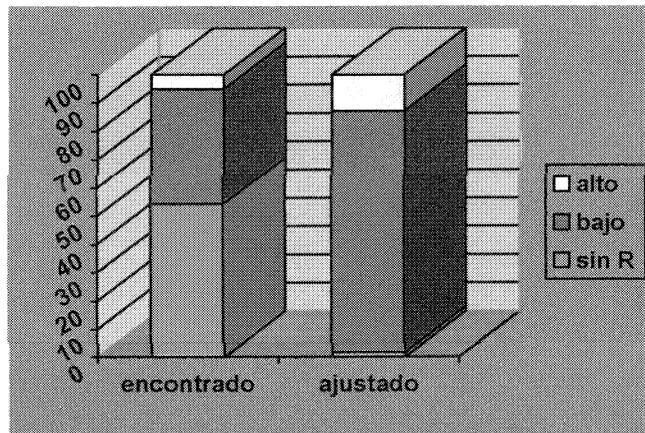
Evaluación del riesgo del embarazo actual por facultativo. Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña Enero – Diciembre 2008



Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico 5

Diagnóstico ajustado a la clasificación del riesgo Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña Enero – Diciembre 2008



Fuente: Cuadro no. 4

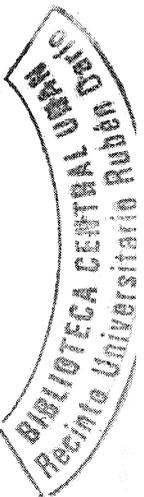
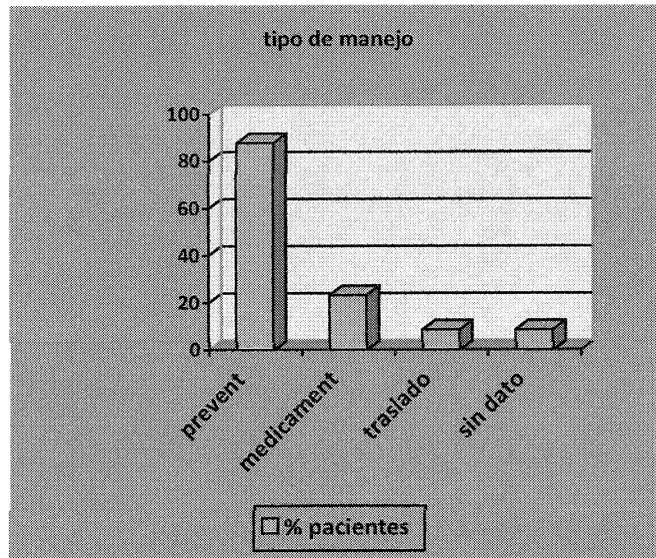


Grafico 6

Manejo terapéutico de las embarazadas. Centro de Salud Ma. Antonieta Bendaña Enero – Diciembre 2008



Fuente: Cuadro No. 5

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Manejo del embarazo de bajo y alto riesgo en mujeres atendidas en el centro de salud “Maria Antonieta Bendaña Lara” del municipio de Santa Lucia, Boaco en el año 2008.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

1- No. Expediente

(Si es provisional anotar el nombre completo)

Marque con una X la respuesta correcta

I: FACTORES DE RIESGO

A- Demográficos

1- Edad:

| edad | si | Tipo de riesgo |
|--------------------|----|----------------|
| • < 20 años | | Bajo |
| • 20 – 34 años | | Sin riesgo |
| • Mayor de 34 años | | Bajo |

2- Edo. Civil:

| | si | Tipo de riesgo |
|-----------------------|----|----------------|
| • Soltera | | Bajo |
| • Unión estable | | Sin riesgo |
| • casada | | Sin riesgo |
| • Separada-divorciada | | Bajo |
| • Viuda | | Bajo |

3- Nivel educativo:

| | si | Tipo de riesgo |
|---------------|----|----------------|
| • Sin estudio | | Bajo |
| • Primaria | | Sin riesgo |
| • Secundaria | | Sin riesgo |
| • Técnico | | Sin riesgo |
| • Profesional | | Sin riesgo |

4- Procedencia

| | si | Tipo de riesgo |
|----------|----|----------------|
| • Urbano | | Sin riesgo |
| • rural | | Bajo |

B- Antecedentes gineco obstétricos

| | Si | No | Tipo de riesgo |
|------------------|----|----|----------------|
| Primigesta | | | Bajo |
| Gran multigesta | | | Bajo |
| Cesárea anterior | | | alto |
| Aborto(s) | | | Bajo |
| Muerte perinatal | | | Bajo |
| Óbito | | | Bajo |
| Preeclampsia | | | Bajo |

C- Antecedentes personales

| | Si | No | Tipo de riesgo |
|---------------------------|----|----|----------------|
| Fumado | | | Bajo |
| Alcoholismo | | | Bajo |
| Drogas | | | Bajo |
| Enfermedad medica crónica | | | Alto |
| violencia intrafamiliar | | | Bajo |
| psicopatologías | | | Alto |

D- Patologías del embarazo actual

| | SI | NO | Tipo de riesgo |
|---------------------------|----|----|----------------|
| Anemia | | | Bajo |
| Talla baja | | | Bajo |
| Obesidad | | | Alto |
| IVU actual | | | Bajo |
| Rh negativo sensibilizado | | | Alto |
| Leucorrea | | | Bajo |
| ITS | | | Alto |
| BPM | | | Bajo |
| Captación no precoz | | | Bajo |
| FUM desconocida | | | Bajo |
| PIG corto | | | Bajo |
| PIG mayor de 5 años | | | Bajo |
| Emb. No planeado | | | Bajo |

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|-------|
| Presenta HTA durante el emb. | | | Alto |
| Emb. Múltiple | | | Alto |
| Pélvico < 36 semanas gestación | | | Bajo |
| Pélvico > 36 semanas gestación | | | Alto |
| Hiperémesis gravídica controlable | | | Bajo |
| Hiperémesis gravídica no controlable | | | Alto |
| Amenaza parto prematuro | | | Alto |
| RCIU | | | Alto |
| Macrosomía fetal | | | Alto |
| Diabetes gestacional | | | Alto |
| Patologías en líquido amniótico | | | Alto |
| *Otras | | | ----- |

*Si hay otras patologías especifique _____

II. EVALUACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN

A- En el expediente clínico, ¿se encuentra consignado el diagnostico: BAJO RIESGO (ARO potencial) o ALTO RIESGO (ARO real) OBSTETRICO y sin riesgos aparentes?

SI__ NO__

Cual? _____

B- De acuerdo a los factores de riesgo encontrados en el expediente clínico, ¿fue correcto el diagnostico?

SI__ NO__

III MANEJO TERAPEUTICO

A- ¿Se indicó en el expediente clínico algún abordaje terapéutico?

SI__ NO__

B- Si la respuesta anterior es "sí" ¿estaba de acuerdo al diagnostico realizado por facultativo?

SI__ NO__

C- ¿Que tipo de manejo se realizó?

1. Conservador (medidas preventivas) ____
2. Conservador (medicamentoso) ____
3. Traslado a II nivel ____

