

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICINA GENERAL Y**  
**CIRUGÍA**

"Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015”.

**Autores:**

Bra. Morales López Yasmin Del Socorro

Bra. Montiel Centeno Mayela Deyanira

**Tutor:**

MSC. MD. José De Los Ángeles Méndez.

Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Managua, Marzo 2017**



## 1.1. INTRODUCCIÓN

Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esta forma, se podrá disminuir la morbilidad tanto en la madre como en el bebé, incidiendo así en uno de los períodos más críticos como es el período perinatal y en las principales causas de mortalidad materna en Nicaragua. Además, el control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero si requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

En Nicaragua, la mortalidad materna y perinatal continúa siendo el principal problema de salud en los SILAIS del Centro, Norte y de la Costa Atlántica puesto que aquí se concentran las mayores tasas de muerte materna. (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Es importante mencionar que la Mortalidad Materna, distribuye su gran peso porcentual durante el embarazo 22%, parto 25%, y puerperio 59%. La distribución de la mortalidad materna en el territorio nacional, está asociada a factores de pobreza, lo cual tiene relación directa con el acceso y la calidad de la atención prenatal, la baja cobertura institucional del parto, así como la calidad y la cobertura en la atención del puerperio. En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado (Ministerio de salud de Nicaragua, 2008).

Además, la muerte fetal y perinatal es una complicación difícil de enfrentar en la práctica obstétrica, no sólo porque representa el fracaso de la misión de llegar al final del proceso reproductivo con un buen estado de salud tanto materno como fetal; sino porque el clínico se ve enfrentado a dos dilemas: el primero, corresponde al aspecto humano que es delicado de manejar pero de importancia; y el segundo corresponde al aspecto médico que involucra el estudio de la causa como un evento obstétrico no deseado y sus repercusiones en gestaciones futuras.



## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Analizar las complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal, en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el segundo semestre del 2015.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar demográficamente a las pacientes en estudio.
- Enumerar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes en estudio.
- Mencionar los antecedentes patológicos personales y familiares de las pacientes en estudio.
- Explicar las complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en pacientes en estudio.



### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El control prenatal desde sus inicios es el mejor método utilizado para el seguimiento del embarazo de una mujer, debido a que este nos permite la detección precoz de múltiples enfermedades que puedan afectar tanto al bebé como a la madre, sin embargo, cuando este no es realizado como debe ser o del todo no se realiza resulta un sin número de complicaciones a la hora de llegar al término del embarazo.

Ante esta Situación se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el segundo semestre 2015?



## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo, parto o puerperio, es el reflejo del grado de desarrollo de un país, dado el papel fundamental que juega la mujer en la familia y la comunidad, debido que la muerte de esta se asocia con abandono infantil, desnutrición, mayor probabilidad de enfermarse o morir de los/as recién nacidos/as que quedan en la orfandad, lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país. Por ende, debe ser motivo de preocupación nacional el hecho de que la mayoría de las muertes maternas y perinatales que ocurren pueden ser evitadas en un 95% de los casos si se realizan los controles prenatales, aún con los limitados recursos de los que disponemos.

Cabe mencionar que la mayoría de estas muertes maternas ocurren durante el parto y puerperio y son causadas generalmente por hemorragia, sepsis e hipertensión gestacional y en relación a las muertes perinatales que están relacionadas a condicionantes de hipoxia, asfixia al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, e infecciones, dichas causas son vinculadas a la calidad de atención prenatal brindada, así como el proceso de vigilancia y atención del trabajo y puesto que estas mujeres no asisten a ninguno de sus controles prenatales, se decidió estudiar las complicaciones que se presentan por no realizarse este, y de esta manera contribuir con los resultados de nuestro estudio para realizar intervenciones pertinentes que garanticen el derecho a que la madre y su hijo alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud sin complicación alguna que pudiera haberse prevenido con el hecho de asistir a un centro de salud y darle seguimiento a su embarazo y así haberse realizado una detección precoz de algún problema.

Además, se pretende observar cual es el comportamiento de las complicaciones y en que grupo tiene mayor impacto y a si establecer pautas que sirvan como evidencia científica y les permita a los futuros profesionales de la salud buscar soluciones para mejorar la calidad del control prenatal y que cada vez más se disminuya la morbi- mortalidad materno-perinatal.



## 1.5. ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Argentina acerca del control prenatal en el sector público entre el periodo de 1999-2000 de un total de 143,223 partos del subsector oficial de quince provincias, el 78 % tuvo algún tipo de control prenatal, pero con una captación al primer trimestre de solo el 33%.(Ministerio de Salud de la Nación- Argentina, 2001)

En el 2005 un estudio realizado por el instituto mexicano de seguro social acerca del: "Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal" encontró que de 407 neonatos estudiados, siendo 118 casos (neonatos con morbilidad) y 289 controles (neonatos sin morbilidad) en cuanto a morbilidad materna, cesáreas (86 % fue para los casos y 74 % fue para los controles). En relación a manifestaciones de morbilidad neonatal por control prenatal inadecuado, resulto significativa para síndrome de insuficiencia respiratoria (OR = 3.559, IC = 1.865 a 6.794) con 37.2 % para los casos y 0% para los controles, bajo peso al nacimiento (OR = 3.504, IC = 1.861 a 6.597) con 36.4 % para los casos 1.38% para los controles y prematuridad (OR = 5.044, IC = 2.624 a 9.698) 34.7% para los casos y 1.7% para los controles. Respecto al control prenatal se observó que 47.6 % de las madres tenía menos de cinco consultas y estaba en el inicio del tercer trimestre del embarazo (53.6 % casos y 46.5 % controles); el 49.6 % tenía más de cinco consultas prenatales y estaban en el inicio del primer trimestre (16.1 % casos y 83.9 % controles). La mortalidad neonatal sólo se presentó en 5.9 % de los casos (siete fallecimientos) y la proporción fue similar tanto para los que llevaron atención prenatal adecuada como inadecuada. Se comprueba que el control prenatal adecuado modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento y prematuridad en los neonatos.(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005)

Según el boletín informativo "perfil de país" de Nicaragua publicado por organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre 2006/07 y 2011/12, la captación precoz del embarazo aumentó de 38,4% a 49,1%, la cobertura de control prenatal se elevó de 80,6% a 91,6% y la cobertura de embarazadas con cuatro controles prenatales se elevó de 77,7% a 87,8%. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



Según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12 en relación a salud materno-infantil, la tasa de mortalidad infantil se encuentra en 17% ,12% menos en comparación con la reportada en 2006/7, en cuanto la atención materna el porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron atención de personal profesional aumento el 4.5% del 2006/7 al 2011/12, en base a partos atendidos en establecimientos de salud fue del 74% en 2006/7 al 88.2% en 2011/12 aumentado en un 14.2%.(Instituto Nacional de Información de Desarrollo - Ministerio de Salud , 2013)

En las literaturas consultadas a nivel del Hospital Bertha Calderón Roque no se encontraron antecedentes de estudios relacionados con control prenatal y las complicaciones que se producen por no realizárselo sin embargo se encontraron estudios donde se mide conocimientos, actitudes y la calidad del control prenatal.



## **1.6. Marco Teórico**

### **Definición**

Control prenatal es el conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal (Alfredo & Enrique, 2011).

La atención prenatal es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

En la atención prenatal de bajo riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2008)

### **Objetivos del control prenatal**

Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo/a alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad.

Los objetivos más importantes del control prenatal son prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo.



## **Importancia del control prenatal**

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo, da un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva (Schwarcz, Duverges, & Fescina, obstetricia SCHWARCZ - SALA- DUVERGUES, 2005 6ta edición).

Además de la reducción de las tasas de mortalidad materna y perinatal que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir, pero no menos importantes. Algunos de estos son:

- Disminución de los miedos y tabúes de las gestantes.
- Mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud.
- Actitud positiva hacia la maternidad
- Mejores hábitos de vida familiares
- Mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo del niño por nacer.
- Actitud positiva hacia la lactancia materna.
- Conocimiento del plan de vacunación
- Conocimiento sobre métodos modernos de anticoncepción para el espaciamiento de futuros embarazos.

**Propósitos del control prenatal** (Schwarcz, Duverges, & Fescina, obstetricia SCHWARCZ - SALA- DUVERGUES, 2005 6ta edición)

- Detección de enfermedades maternas sub clínicas.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas.
- Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- Disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparación psicofísica para el nacimiento.
- Administración del contenido educativo para la salud familiar y la crianza del niño.



- Discriminar entre embarazo de bajo riesgo y de alto riesgo obstétrico.
- Determinar la existencia de enfermedades maternas y fetales.
- Preparar a la embarazada para el parto.
- Garantizar la accesibilidad de los servicios de emergencias.
- Promocionar la lactancia materna exclusiva.
- Lograr el parto institucional en el 100% de las pacientes embarazadas atendidas.
- Educar a la paciente y a su pareja sobre los cuidados del embarazo y control prenatal.
- Conocer las cifras anuales de embarazadas y planificar una adecuada atención.

### **Características del control prenatal**

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- **Precoz:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses del embarazo (Ministerio de salud de Nicaragua, 2008). Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación precoz de embarazos con alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar en el que ésta ha de realizarse. (Schwarcz, Duverges, & Fescina, obstetricia SCHWARCZ - SALA-DUVERGUES, 2005 6ta edición)
- **Periódica:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud. La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presente la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo y la gravedad del problema. La mayoría de las embarazadas tienen un bajo riesgo materno-perinatal y desde el punto de vista biológico requieren pocas visitas prenatales. Muchos países de América Latina y el Caribe redujeron en sus normas el número de controles y adoptaron la propuesta de aplicar contenidos estrictamente orientados a objetivos preventivos a lo largo de la gestación (Díaz, 1986; Schwarcz-



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



Fescina, 1992, 1995a). La elección de reducir los controles, la oportunidad de realizarlos y su contenido en el embarazo con bajo riesgo se basa en:

1. El conocimiento epidemiológico del momento del embarazo en que con mayor frecuencia hacen irrupción los problemas perinatales Y puedan llevar a complicarlo.
  2. Según estudios controlados realizados no hallaron diferencias en las variables de morbi mortalidad materno perinatales cuando se comparó "modelos reducidos" (en la cantidad de controles) contra estándares de 6,8 o más visitas (Vil lar, 2002; Carroli, 2001).
- **Continua:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática y sin interrupciones.
  - **Completa:** Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
  - **Amplia cobertura:** Es el porcentaje de población embarazada que es controlada, la cobertura meta por territorio es del 100%.
  - **Calidad:** Las atenciones deben brindarse con previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas.
  - **Equidad:** La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas.

### **Limitantes para el control prenatal efectivo**

- Gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc.
- Problemas en la organización, práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- Barreras de orden cultural que generan falta de confianza de la embarazada en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.
- Inaccessibilidad geográfica(Schwarcz, Duverges, & Fescina, obstetricia SCHWARCZ - SALA- DUVERGUES, 2005 6ta edición).



## **Tipos de factores de riesgo que se detectan en el control prenatal**

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto, en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son: la prematuridad, asfixia perinatal, malformaciones congénitas y las infecciones, por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal. Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto, la hipertensión inducida por el embarazo y desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo. La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión. (Cancino, León, Atálora, Pérez, Sarmiento, & Yates).

Para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen.

**1. Factores de Riesgo Potenciales:** Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles, es decir, se conviertan en factores de riesgo real:

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuliparidad o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Violencia en el embarazo.

**2. Factores de Riesgo Reales:** Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, preeclampsia, diabetes, anemia, etc.

Dentro de estos tenemos:

### **Preconcepcionales**

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Tuberculosis.
- Neuropatías.
- Cardiopatías.
- Hepatopatías.
- Endocrinopatías.
- Trastornos psiquiátricos.
- Infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA.
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).
- Várices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción.
- Factor Rh (-).

### **Del embarazo**

- Hiperémesis gravídica no controlable.
- Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal ante parto.
- Anemia.
- Infección de Vías Urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Rotura Prematura de Membranas.
- Enfermedades endémicas y embarazo.
- Psicopatologías.
- Persona que Vive con el Virus del Sida (PVVS).
- Rotura Prematura de Membranas.
- Infección ovular.
- Presentación Pélvica y Situación transversas después de 36 semanas.
- RH negativo sensibilizado.
- Embarazo Prolongado.
- Diabetes en el Embarazo.
- Cesárea anterior.
- Adolescentes con riesgos activos.
- Macrostomia Fetal.
- Alcoholismo y drogadicción.

### **Según lo anterior expuesto se clasifica el riesgo de embarazo en:**

Bajo Riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

Alto Riesgo: es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

- **Atención prenatal de bajo riesgo**

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo-a, o ambos.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

Las consultas de seguimiento deben ser idealmente mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36 y luego quincenal o semanal hasta el parto. Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por un médico, con frecuencia semanal o quincenal para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y tramitar completa la nota de remisión.

- **Atención prenatal de alto riesgo**

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo.

El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista. En las Unidades donde se cuenta con recursos médicos especialistas en Obstetricia serán éstos quienes continúen la atención prenatal de alto riesgo, si no los hay, el recurso humano que brinda la atención a la embarazada deberá referirla a la unidad de salud de mayor nivel de resolución que cuenten con este perfil profesional.

### **Actividades del control prenatal.**

#### **Primera atención prenatal**

Debe realizarse durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo, se puede efectuar según la edad gestacional que se identifique en la embarazada en el momento de la primera atención. La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la unidad de salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos.

#### **Actividades básicas que deben realizarse.**

##### **1. Llenado y análisis de formularios de atención prenatal.**

Se deberá llenar historia clínica perinatal base (HCPB), carné perinatal, formulario de clasificación de OMS, modificado y los relacionados del expediente clínico. El médico



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

Durante la primera consulta prenatal se debe obtener y documentar mediante anamnesis la historia clínica de la forma más completa posible, obteniendo información sobre (Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia (SEGO), 2010):

- Datos de Filiación.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes médico-quirúrgicos.
- Historia menstrual.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Condiciones sociodemográficas.
- Hábitos higiénico-dietéticos.
- Síntomas asociados con la evolución del embarazo actual.

### **2. Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo.**

Esta actividad se debe realizar siempre en cada atención prenatal, el o la proveedor/a debe escribir los factores de riesgo (potenciales o reales) identificados durante la misma y vigilar la evolución de los mismos. Se obtiene de efectuar un adecuado llenado y análisis de los formularios de la APN

### **3. Indagar sobre Violencia.**

A través del interrogatorio identificar si la embarazada ha sido víctima de algún tipo de violencia: física, psicológica o emocional, sexual, económica y por negligencia o descuido.

### **4. Medición de Signos Vitales.**

Realizar medición de frecuencia cardiaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (P/A).



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



Para la toma de presión arterial (P/A) la embarazada no debe haber tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y tiene que estar hidratada, conviene medir la P/A con la embarazada en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas.

La presión arterial diastólica por sí sola es un indicador exacto de hipertensión en embarazo, la presión arterial elevada y la proteinuria definen la preeclampsia. El Síndrome de Hipertensión Gestacional constituye la complicación médica más frecuente del embarazo que afecta del 5%-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbi-mortalidad materna y perinatal. En nuestro país las complicaciones del SHG (accidentes cerebro – vascular, coagulopatías, insuficiencia hepática y renal) ocupan uno de los primeros lugares como causa de la muerte materna. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

### **5. Examen físico general**

Este debe seguir el orden céfalo-caudal, se debe buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, además es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, debido que las evidencias nos indican que la concomitancia de las enfermedades periodontales durante el embarazo pueden ser un factor de riesgo para el parto prematuro, el bajo peso al nacimiento y otras complicaciones (Rosado, y otros, 2010), también es importante realizar un examen clínico de Mamas y revisar Genitales Externos.

### **6. Examen gineco-obstétrico**

En la primera consulta prenatal es recomendable la realización del examen de los senos y los genitales femeninos, para comprobar el embarazo y descartar patología cervical, especialmente procesos infecciosos cervicovaginales. La toma de la citología vaginal debe realizarse durante la primera visita prenatal si no hay una previa en el último año con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita, deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



Además, se debe realizar la medición de la altura uterina la cual se toma del borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino, cuando se tiene una edad gestacional confiable, es una manera indirecta de valorar clínicamente el crecimiento fetal. La medición de la altura, si está por encima de los valores esperados se deberá descartar patologías como mola hidatidiforme, macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios y miomatosis uterina; y por debajo, restricción del crecimiento intrauterino y oligohidramnios, entre otras.

Así mismo, la metodología empleada para diagnosticar la vitalidad fetal dependerá de la edad gestacional. A partir de la 6ta semana se puede confirmar la actividad cardiaca embrionaria por ecografía transvaginal, en la semana 14 se puede comenzar a detectar através de un estudio Doppler, entre la semana 20 a 25 se puede detectar por medio de la auscultación. La frecuencia cardiaca fetal oscila entre los 120 y 160 latidos por minuto.

### **7. Evaluación antropométrica de la embarazada.**

Se realizará la medición de talla y vigilancia de curva de Incremento de peso materno. En lo que respecta a la medición de talla materna es importante tomarla en los primeros meses debido que al final del embarazo la lordosis o curvatura compensatoria de la columna vertebral hacia delante lleva a obtener una talla menor que la real.

La evaluación del peso se hace teniendo en cuenta la talla, el peso previo a la gestación y la ganancia de este en el embarazo. Cuando el peso pre - gravídico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre, se calcula el índice de masa corporal (IMC) que es la razón entre el peso materno en kg y la talla materna en metros elevada al cuadrado, este estima rangos de aumento total de peso adecuado según el IMC previo al embarazo, una vez conocido el IMC pre - gravídico se puede personalizar la ganancia de peso para cada grupo de mujeres utilizando el patrón de ganancia de peso.(Schwarcz, Duverges, & Fescina, Obstetricia , 2005 6ta edición).Es importante además relacionar el IMC con el incremento de peso materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM. La evolución normal está representada en los rangos comprendidos entre el Percentil 10 y el Percentil 90 Si el IPM graficado es mayor o menor



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



de lo esperado se debe referir a especialista (Menos de Percentil 10 y más del Percentil 90, entre el Percentil 10 y 25)(Ministerio de salud de Nicaragua , 2008).

### **8. Aplicación de vacuna antitetánica.**

Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas.

### **9. Prueba rápida de bacteriuria y proteinuria en orina.**

Se realiza con tiras reactivas y se debe efectuar a toda embarazada en cada atención prenatal, independientemente de que se encuentre asintomática(Ministerio de salud de Nicaragua, 2008),) con el propósito de detectar de manera precoz y oportuna las infecciones del tracto urinario (ITU), puesto que son una de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación y su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo produciendo : parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección y aumento de la mortalidad perinatal, dado que los cambios fisiológicos del tracto urinario se inician alrededor de la semana 20, facilitando así el desarrollo de la ITU, su recurrencia, persistencia y a menudo su evolución a formas sintomáticas(Martín, 2013).Además se recomienda la realización de un urocultivo entre las semanas 12 y 16 de gestación independientemente de sus antecedentes debido que las IU (infecciones urinarias) en la embarazada se presentan en tres formas clínicas(Dirección nacional de maternidad e infancia de Argentina , 2013):

- Bacteriuria asintomática
- Cistitis (disuria, tenesmo vesical y/o incontinencia)
- Pielonefritis aguda (fiebre, dolor lumbar, disuria, náuseas y/o vómitos)

También se puede detectar a través de las tiras reactivas la presencia de proteínas que nos orientaría hacia el diagnóstico de preeclampsia, la cual causa restricción del crecimiento fetal, muerte fetal, desprendimiento prematuro de placenta y la prematuridad secundaria a la interrupción del embarazo realizada por indicación materna o fetal.



Se recomienda para las pacientes en alto riesgo de preeclampsia:

- Administrar suplemento de calcio 2 gr de calcio base.
- Abstenerse de tomar alcohol.
- Multivitaminas que contengan ácido fólico.
- Dejar de fumar.
- Bajas dosis de aspirina (100 mg/día) que se debe tomar antes de acostarse e iniciar antes de las 16 semanas de gestación, preferiblemente antes del embarazo y continuarlo hasta el nacimiento.
- Doppler de arteria uterina alterado en semana 12, confirmado en semana 20 a 24 para el diagnóstico precoz donde esté disponible. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

#### **10. Prescripción de Ácido Fólico y Hierro.**

Su dosificación se define según si la embarazada tenga o no antecedentes de haber dado a luz a un niño-a con defecto del tubo neural (DTN). Si hay antecedentes de DTN, o tiene Diabetes tipo 2 o ha recibido tratamiento con anticonvulsivantes, se dará 4 mg diario durante el embarazo; si no hay antecedentes de DTN, indicar 0.4 mg diario durante el embarazo.

A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg de hierro elemental y orientar sobre reacciones más frecuentes. Si existen datos clínicos de anemia, pero no hay sintomatología y hemoglobina es de 11 mg/dl cumplir con tratamiento ambulatorio. Si existen signos clínicos de anemia severa más hemoglobina  $\leq$  a 7 mg/dl. Indique y prescriba inicio de ingesta de 120 mg de hierro elemental vía oral y refiera de inmediato al hospital.

#### **11. Consejería.**

En todas las atenciones prenatales se deben brindar orientaciones y conversar con la embarazada sobre signos de alarma, alimentación, higiene y vestimenta adecuada. Todas las orientaciones verbales deben estar acompañadas por instrucciones escritas. Se debe



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

disponer de instrucciones escritas para las embarazadas no alfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos las pueden leer.

### **12. Orientaciones básicas de cada atención prenatal.**

- Signos o síntomas de peligro: sangrado, dolor de parto, expulsión de líquido a través de la vagina, fiebre, Se deberá de explicar qué hacer y dónde acudir.
- La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicinas.
- Los hábitos personales de higiene, alimentación, vestimenta, relaciones sexuales, sexo seguro para prevenir ETS/VIH-SIDA, automedicación durante el embarazo, ingesta de alcohol, fumado, aplicación de drogas.

### **13. Indicación de próxima cita de APN.**

Después de terminar la atención prenatal escribir en la HCPB y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal.

### **14. Otras actividades.**

#### **Exámenes de Laboratorio**

- En orina: Examen general de orina (EGO).
- En sangre: Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia
- El Ultrasonido debe ser indicado uno antes de las 12 SG, otro entre las 24 – 28 SG, y otro entre las 32-34 SG y si se pudiera un último entre las semanas 38-40 de gestación en la evaluación de un embarazo sin riesgo, cuando exista algún factor de riesgo según el formulario de clasificación y factores de riesgo de HCPB referir a médico especialista quien la valorará y decidirá su abordaje clínico.

#### **Búsqueda de factores de riesgo del embarazo actual.**

- Infecciones vaginales recurrentes (candidiasis, vaginosis).
- Sospecha de diabetes gestacional. Referir a nivel de mayor nivel resolutivo.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



- Explorar especialmente en adolescentes sentimientos, inquietudes y dudas relacionadas con el embarazo. Así como la relación de apoyo de la pareja y/o la familia.
- Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal).
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: Náuseas y vómitos frecuentes, várices, aconsejar reposo en decúbito dorsal o lateral por 15 minutos cada 4 horas con las piernas elevadas; caminar de puntillas varias veces al día, usar medias elásticas, cefalea, acidez, indicar comer poca cantidad de dulce; comer despacio; indicar el hidróxido de aluminio o leche después de cada comida; Cistitis, ingerir líquido en abundancia, como mínimo 8 vasos de agua al día; indicar EGO, si no mejora en 24 horas referirla a atención especializada.
- Si la captación se está realizando en el tercer trimestre del embarazo, orientar para que inicie la preparación del parto psicoprofiláctico y explicar la importancia de la lactancia materna exclusiva y anticoncepción posparto.
- Sensibilizar a la embarazada para que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes atenciones para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyarla a lo largo del embarazo.

### **Segunda atención prenatal**

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

### **Interrogatorio**

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

### **Examen Físico**

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado.

### **Pruebas de Laboratorio**

- Sangre: repetir indicación de hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/dl o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.
- Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

Lo principal a indagarse en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa.

### **Implementar las siguientes intervenciones**

- Revisar realización de exámenes de laboratorio indicados en la primera atención.
- Dar tratamiento para resultados positivos de EGO y RPR.
- Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

- Aspirina 80 mg po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Calcio 2 gr Po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario.
- Además de lo realizado en la primera atención, revisar lo relacionado a: Edemas en pies, manos y cara.
- Se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores.
- Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien.

### **Tercera atención prenatal**

La tercera atención debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos como mínimo. Si no asistió a la segunda atención, esta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario.

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. El o la proveedor-a debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos del pródromo del trabajo de parto normal o de un parto pretérmino, y la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal. Al igual indicarle que hay que hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal o sangrado vagina.

### **Interrogatorio**

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

### **Examen Físico**

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

### **Exámenes de Laboratorio**

- Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.
- Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún e indicar RPR y VIH.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

- Revisar los factores relacionados con: dolor abdominal o lumbar (trabajo de parto prematuro), sangrado o flujo vaginal (líquido amniótico, sangre), movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar.
- Indagar acerca de Convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia, cefalea intensa, Cambios en la frecuencia Cardíaca Fetal, edema en manos-cara-piernas, en embarazo mayor de 41 semanas
- Si la Hemoglobina es mayor de 13 gr/dl en ausencia de otros síntomas o signos puede significar crecimiento fetal anormal, citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de referir a especialista.



### **Implementar las siguientes intervenciones**

- Además de lo realizado en la primera y segunda atención prenatal, revisar lo relacionado a:
- Indicar Albendazol 400 mg. Vía Oral, dosis única si no se indicó en atención prenatal anterior.
- Aspirina 80 mg po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Calcio 2 gramos vía oral diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Dar Consejos, contestar preguntas y programar la próxima atención.
- Orientar sobre la aparición de signos y síntomas de alarma: contracciones uterinas, salida de sangre, líquido o tapón mucoso transvaginal y movimientos fetales anormales que pueden significar amenaza o trabajo de parto, dar consejos sobre las medidas a tomar.
- Orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico y Plan de Parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto.
- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primer y segunda atención, se pueden presentar: Dispepsia (orientar que mastique lentamente los alimentos, y si son intensos los gases carbón vegetal 1 tableta cada 6 horas). Convulsiones (proteger a la embarazada, iniciar tratamiento como eclampsia y referir de inmediato a mayor nivel de resolución).



#### **Cuarta atención prenatal**

La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semana de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica.

Durante esta atención se debe informar nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anti concepción, así como, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para las púerperas.

#### **Interrogatorio**

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.

#### **Examen Físico**

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el/la proveedor(a) es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Relación céfalo-pélvica a través de examen pélvico en unidades de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialista para evaluar posibilidades de Desproporción céfalo pélvica.



### **Exámenes de Laboratorio**

- Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.
- Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

- Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 vayan directamente al hospital/maternidad para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible. Se estima que el número de mujeres que no habrán tenido su parto para el final de la semana 41 sería del 5% al 10%, aunque no siempre se recomienda la inducción de rutina, la evidencia disponible demuestra que la inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas completas, no está asociada con ningún riesgo importante, en lugar de ello, reduce el riesgo de líquido amniótico teñido de meconio y la muerte perinatal y no aumenta los índices de cesárea en mujeres con cuello uterino desfavorable. Además, podría reducir los índices globales de cesárea si la inducción se realiza correctamente. La clínica de CPN debería coordinar esta conducta con sus centros de referencia, estos centros de referencia deberían estar preparados para estas consultas y tratar a las mujeres de acuerdo al protocolo acordado entre la clínica de CPN y el centro de derivación. (Organización Mundial de la salud, 2003)
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primera, segunda y tercera atención, se puede presentar: Embarazo prolongado, ruptura espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que se debe orientar a la embarazada y referir al mismo tiempo si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto o Muerte fetal intrauterina.



### **Implementar las siguientes intervenciones**

- Reforzar las orientaciones sobre Parto Sin Temor (Psicoprofiláctico).
- Estrategias para Plan de Parto: Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar.
- Enfatizar en el inicio del cumplimiento de las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza de parto prematuro).
- Orientar sobre la importancia de llevar el carné perinatal para la atención del parto institucional.
- Preparación para el momento del parto y amamantamiento.
- Orientar acerca de higiene y cuidados del puerperio y del recién nacido al igual que la importancia de la asistencia de los controles del niño-a.
- Orientar acerca del espaciamiento del periodo intergenésico.

### **Complicaciones materno-perinatales**

Las complicaciones del embarazo son problemas de salud que pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones.

#### **1. Durante el embarazo**

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.



**Primer trimestre:**

- **Trastornos digestivos**

Normalmente durante las primeras semanas del embarazo aparecen náuseas y vómitos, aproximadamente solo en 1/3 de las gestantes se presentan vómitos y principalmente entre las semanas 6 y 16 de embarazo y no producen serias consecuencias, sino una leve molestia a la mujer embarazada.

La hiperémesis gravídica (HG) se define como la aparición de náuseas y vómitos persistentes, que ocurren antes de las 20 semanas de gestación y pueden ser de tal magnitud, que determinan la pérdida de peso mayor al 5% del peso previo al embarazo, trastornos hidroelectrolítico y ácido-base, deshidratación y cetonuria. (Balmaceda, 2014).

- **Aborto**

Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500 gr de peso que alcanza las 22 semanas de gestación y pueden conllevar a hemorragia que conduzcan shock hipovolémico y complicaciones por maniobras abortivas o por procedimientos quirúrgicos que puedan provocar: perforación uterina, shock séptico, infertilidad, lesión vesical, vaginal, uterina o intersticial. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

- **Embarazo ectópico**

Es la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero. Esta complicación se produce cuando hay obstáculos para la migración del huevo fecundado hacia la cavidad uterina o alteraciones por su implantación. Esta puede conllevar a ruptura de la trompa, ruptura del útero en dependencia de la localización del embarazo ectópico (intersticial, cornual, cervical), anemia aguda, shock hipovolémico y la muerte (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)



- **Huevo muerto retenido**

El huevo muere y no es expulsado se le llama aborto retenido o huevo muerto y retenido y puede conllevar a sepsis.

### **Segundo trimestre y tercer trimestre**

- **Anemia**

La anemia microcítica hipocrómica se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las adolescentes donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan y además de la anemia existen otras carencias nutricionales que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. La atención prenatal tardía o deficiente incrementa el riesgo de presentar anemia por deficiencia de hierro.

- **IVU**

Las IVU suele presentarse entre el 17-20% de las embarazadas y su importancia radica en los efectos que ocurren durante el trabajo de parto y en los neonatos. En el trabajo de parto se ha asociado con ruptura de membranas, corioamnionitis y parto prematuro y en el neonato a sepsis neonatal.(Ministerio de salud de Nicaragua, 2011)

- **Placenta previa**

Se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio interno del cérvix y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 o aquella que tiene una distancia menor de 20 mm del OCI medidos por ultrasonido transvaginal. Esta puede conllevar a: hemorragia anteparto, intraparto o post parto, septicemia, tromboembolismo, CID, morbilidad asociada a histerectomía y morbilidad asociada a transfusión. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)



- **Desprendimiento de placenta normalmente inserta**

Se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 de semanas y antes del nacimiento del feto. Esta puede conllevar a complicaciones como: maternas (CID, shock hemorrágico, ruptura uterina, hipotonía uterina, útero de couvelaire, anemia aguda, falla renal, necrosis isquémica de órganos distales), fetales (asfixia fetal por hipoxia, anemia, RCIU y muerte fetal). (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

- **Ruptura prematura de membranas**

Se designa a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas, que sobreviene antes del inicio de trabajo de parto. Es una enfermedad de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno-fetales asociadas como: maternas (corioamnioitis, endometritis post parto, sepsis, desprendimiento prematuro de placenta), fetales (prematurez, síndrome de dificultad respiratoria, infección neonatal (neumonía, bronconeumonía, meningitis y sepsis), asfixia perinatal, enterocolitis necrotizante, hipoplasia pulmonar, compresión de cordón umbilical, daño neurológico fetal hemorragia interventricular, leucomalacia periventricular, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral y muerte neonatal (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)

- **Preeclampsia**

Tiene una frecuencia de 2% a 15% del total de embarazos. Se define como un síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas. Solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple. Esta puede conllevar a complicaciones tales como: DPPNI, RCIU, coagulopatías, síndrome de HELLP, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, infecciones nosocomiales secundaria al uso de catéteres persistentes, desprendimiento de retina, ACV y coma. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)



- **Eclampsia.**

Se define como la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)

## **2. Durante el parto y puerperio**

- **Desgarros**

Es la ruptura de las fibras musculares del útero, es una condición grave del embarazo y parto, se incluyen en él las lesiones del canal blando del parto: periné, vagina, cuello uterino y segmento inferior del útero (Cabrera, 2010).

- **Ruptura uterina**

Se entiende por ruptura uterina al desgarro de la porción supra-vaginal del cuello, del segmento inferior del cuerpo del útero, es una de las complicaciones más serias del embarazo y el parto, es más común en los casos de distocias o de partos laboriosos sometidos al uso excesivo de oxitócicos o prostaglandina y es más rara cuando espontáneamente llega a presentarse durante el embarazo. Esta puede conllevar a: hemorragias, morbilidad asociada a histerectomía, morbilidad asociada a transfusiones y sepsis. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)

- **Hemorragia post parto**

Se define HPP a la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal, pérdida sanguínea mayor de 1000 cc después de una cesárea, caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocritos antes del parto o la cesárea o a la pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulte en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

En los países desarrollados y en vías de desarrollo es la principal causa de morbi-mortalidad materna. Según estimaciones de la OMS, la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial. La mayor parte de las muertes maternas ocurren



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

dentro de las cuatro primeras horas posparto y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto, es por eso que la proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo del tercer periodo del parto, y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia. Esta conlleva a complicaciones tales como: Shock hipovolémico, histerectomía, infertilidad, sepsis, anemia y endometritis. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)

- **Sepsis puerperal**

También conocida como fiebre puerperal. Se define como la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de una temperatura superior a 38°C, después de 24 horas del parto, medida durante al menos dos veces, separadas por un intervalo de 6 horas y no mayor de 24 horas. Se acompaña de síntomas locales y/o generales. Esta puede conllevar a: embolia pulmonar séptica, shock séptico, sepsis severa, lesión de estructuras y órganos vecinos, peritonitis generalizada, coagulación intravascular diseminada, falla metabólica y multisistémica, absceso Pélvico, trombosis de venas profundas y embolia pulmonar. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

- **Shock séptico**

Se diagnostica en caso de sepsis con hipotensión refractaria a la expansión de la volemia, con valores promedios de 3,000 a 5,000 ml de cristaloides, que requiere el uso de drogas vasoactivas para corregir esta situación y se sostiene, aunque la enferma ya no esté hipotensa por el uso de las mismas. Un lactato sérico > 4 mmol/L como expresión de anaerobiosis tisular, sustenta este diagnóstico (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

- **Shock hemorrágico de origen obstétrico**

Es la Pérdida de volumen intravascular en todos o alguno de sus componentes (agua, electrolitos, proteínas, masa eritrocitaria), ocasionando una hipoperfusión tisular con acidosis. La gravedad del shock depende del déficit del volumen, de la velocidad de la pérdida, edad y estado pre-mórbido del paciente. Esta conlleva a: anemia aguda, CID,



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

Insuficiencia renal, síndrome de distrés respiratorio secundario a la reanimación con líquidos y hemocomponentes, reacción a transfusiones (inmunológicas y hemolíticas). (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013).

### **Complicaciones Perinatales**

- **Prematurez**

Cuando el nacimiento se produce antes de las semana 37 de gestación (un embarazo normal dura entre 37 y 41 semanas de gestación).

- **Muerte perinatal**

La organización mundial de la salud define mortalidad perinatal como el número de nacidos muertos y muerte en la primera semana de vida por cada 1000 nacidos vivos, el periodo perinatal va de la 22 semanas de gestación y termina a los 7 días después del nacimiento.

- **RCIU**

Restricción del crecimiento intrauterino, es un término médico que describe el retraso del crecimiento del feto haciendo que su peso este por debajo el percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional.

- **Compresión del cordón.**

Es aquel en la cual por patologías como prolapso del cordón o durante el embarazo o parto produce restricción de oxígeno poniendo en riesgo la vida del bebé se produce aproximadamente en 1 de cada 10 partos.

- **SAM.**

Consiste en la inhalación del líquido amniótico teñido de meconio ya sea intrauterino o intraparto, es una etiología que se presenta en el neonato a término o pos término siendo excepcional en el pre término.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



- **TTRN.**

La taquipnea transitoria del recién nacido es una entidad que se caracteriza por un cuadro de dificultad respiratoria presente en el nacimiento o en las dos horas posteriores. Predomina en el neonato a término pero también se puede observar en el neonato pretermino límite nacido por cesárea.

- **Incompatibilidad ABO.**

Es una reacción inmune que ocurre en el cuerpo cuando dos muestras de sangre de tipo ABO diferentes e incompatibles se mezclan.

- **Bajo peso al nacer.**

Según la organización mundial de la salud el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2500 gramos al nacer.

- **Asfixia fetal.**

Es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.

- **Sufrimiento fetal.**

Es aquella asfixia fetal progresiva, que si no es corregida o evitada, provocará una descompensación de la respuesta fisiológica, desencadenando un daño permanente del Sistema Nervioso Central (SNC), falla múltiple de órganos y muerte.

- **Sepsis neonatal.**

Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica que deriva de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida.



## **2. Diseño Metodológico**

### **2.1. Tipo de estudio**

Es un estudio descriptivo correlacional retrospectivo de corte transversal.

### **2.2. Área de estudio**

El estudio se realizó en el hospital Bertha calderón Roque en el área de labor y parto, y quirófano con las pacientes embarazadas que no contaban con controles prenatales y que acudieron para la atención del parto en el segundo semestre del 2015.

El Hospital Bertha Calderón Roque se encuentra ubicado en el distrito III, contiguo a Instituto Nacional Tecnológico, el cual cuenta con los siguientes servicios: Labor y Parto, pre labor, Post Quirúrgico, puerperio patológico, puerperio Fisiológico, complicaciones, Ginecología, Oncología ,Consulta Externa ,Unidad de Cuidados Intensivos Adulto y Neonato , Unidad de cuidados intermedios, Alto Riesgo Obstétrico, Emergencia, Sala de Operaciones, Albergue, Recuperación Neonato; con un total de 269 camas , 83 médicos residentes y 85 médicos especialistas.

### **2.3. Universo**

El Estudio está constituido por 1641 pacientes embarazadas que llegaron a atender su parto durante el segundo semestre del 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

### **2.4. Muestra**

Se realizó un muestreo probabilístico, la definición de la muestra se calculó según Munch Galindo 1996, usando la fórmula de poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



### **Donde:**

$Z = 1.96$ , para el nivel de confianza del 95%; pero es variable en función del “e”

$N$  = es la población objeto de estudio;

$p$  y  $q$  = probabilidades complementarias de 0.5,

$e = B$  = error de estimación varía de 5 % al 10 %.

$n$  = tamaño de la muestra

Nuestra muestra es de 210 pacientes con un porcentaje de error del 7 %

### **2.5. Criterios de Inclusión**

- Expediente completo.

### **2.6. Criterios de Exclusión**

- Expediente incompleto.



## **2.7. Variables**

### **Objetivo#1**

Características demográficas.

- Edad.
- Procedencia.
- Etnia
- Escolaridad.
- Ocupación.

### **Objetivo#2**

Antecedentes gineco-obstétricos.

- Números de controles prenatales.
- Gestas.
- Periodo intergenésico.
- Abortos.
- Partos

### **Objetivo # 3**

Antecedentes patológicos personales

- Tuberculosis
- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Cardiopatía.
- Nefropatía.
- VIH.
- Cirugías previas.



#### **Objetivo#4**

Antecedentes patológicos familiares

- Tuberculosis.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Cardiopatía

#### **Objetivo #5**

Principales complicaciones materno-perinatales asociadas al embarazo, parto y puerperio de las pacientes en estudio.

#### **Embarazo**

#### **Parto**

- RPM
- Diabetes gestacional
- Preeclampsia grave - moderada.
- Eclampsia
- SHG
- corioamnioitis
- Desprendimiento de placenta normalmente inserta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Hipotonía uterina.
- Desgarro.



### **Puerperio**

- Hemorragia post parto.
- Sepsis puerperal.
- Shock séptico.
- corioamnioitis.

### **Fetales**

- Sepsis neonatal.
- Asfixia fetal.
- Anemia.
- RCIU.
- Prematurez.
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Neumonía.
- Meningitis.
- Compresión de cordón..
- Sufrimiento fetal.
- Bajo peso al nacer
- Muerte perinatal.
- TTRN
- SAM
- Incompatibilidad ABO



## 2.8. Operacionalización de las variables

VARIABLE.	CONCEPTO.	INDICADOR.	ESCALA/VALOR.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años.	10-19 20-35 >35
Ocupación.	Empleo, oficio o actividad a la cual se dedica la paciente.	Tipo de oficio.	Estudiante. Ama de casa. Otros.
Procedencia.	Lugar donde habita la paciente.	Origen.	Urbano. Rural.
Etnia	Conjunto de características físicas de las adolescentes	origen	Blanca Mestiza Negra
Escolaridad	Nivel de preparación académica	Grados aprobados	Ninguno. Primaria. Secundaria Universidad
Controles prenatales.	Son una serie de entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con el equipo de salud.	Número de visitas.	ninguno



Gestas.	Número de embarazos que ha tenido la paciente	Número de embarazos.	Primigesta Bigestas. Trigesta. Multigesta.
Abortos.	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.	Antecedentes	Si No
Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre la fecha del último parto y la última menstruación que tuvo la madre.	Años.	< 2 años. 2-4 años. > 4años
Partos	El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (Incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.	Antecedentes	Cesárea vaginal



Antecedentes patológicos personales	Cualquier trastorno que pudo haber padecido la paciente y que se considere en el presente estudio como un factor de riesgo para la aparición de alguna complicación.	Tipos	Tuberculosis. Diabetes. Hipertensión. Preeclampsia Eclampsia. Cardiopatía. Nefropatía. VIH. Cirugías previas. Violencia.
Antecedentes patológicos familiares	Cualquier trastorno que pudieron haber padecido los familiares en primer grado y que se considere en el presente estudio como un factor de riesgo para la aparición de alguna complicación.	Tipos	Tuberculosis. Diabetes. Hipertensión. Preeclampsia Eclampsia. Cardiopatía



complicaciones maternas	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Tipos	Preeclampsia moderada Preeclampsia grave. Eclampsia Desprendimiento de placenta normalmente inserta. Placenta previa. Ruptura prematura de membrana Parto obstruido. Ruptura uterina. , Desgarro. Hemorragia post parto. Sepsis puerperal. Shock séptico. Shock hemorrágico
-------------------------	--	-------	---



Complicaciones Perinatales	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Tipos	Sepsis neonatal. Asfixia fetal. Anemia. RCIU. Prematurez. Síndrome de dificultad respiratoria. Neumonía. Meningitis. Compresión de cordón. Bajo peso al nacer TTRN SAM Sufrimiento fetal. Muerte perinatal.
----------------------------	--	-------	--



## **2.9. Método e instrumento de recolección de datos**

La información se obtuvo de una fuente secundaria como son: los expedientes clínicos, libro estadístico de labor y parto, cesárea y complicaciones, el instrumento que se utilizó es la ficha de recolección de datos elaborada con preguntas cerradas y consta con las variables antes expuestas las cuales respondieron a los objetivos planteados en este estudio. Las fichas de recolección fueron llenadas por cada uno de los estudiantes que conformen dicho grupo de investigación para luego ser procesadas.

## **2.10. Procesamiento de la información.**

La información fue procesada de manera electrónica en el programa IBM SPSS statistics 22, los resultados obtenidos se les determinó: porcentaje y frecuencia que fueron representados en cuadros y gráficos elaborados en el programa de Microsoft office Excel. Por otro lado, se usó también las siguientes herramientas informáticas:

- Office Word 2007: Software utilizado para el procesamiento de textos, elaboración y edición del documento.
- Office Paint 2007: Necesario para realizar modificaciones en algunas ilustraciones del marco teórico y anexos.

## **2.11. Aspectos éticos**

En el estudio no se reveló la identidad de las pacientes se protegió la dignidad, integridad y la confidencialidad de la información obtenida, por tanto, este trabajo se realizó con fines educativos e investigativo.



### **3. DESARROLLO**

#### **3.1. RESULTADOS**

El estudio se realizó en el hospital Bertha Calderón Roque en el área de labor y parto, y quirófano con las pacientes embarazadas que no contaban con controles prenatales y que acudieron para la atención del parto en el segundo semestre del 2015, se incluyó un total de 210 pacientes y se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a las características demográficas se encontró que el 69 % estaba dentro del rango de 20-25 años seguidas del grupo etáreo de 10-19 años con el 22% y > de 35 años un 9% (ver tabla 1). En cuanto a la procedencia se encontró que de 210 pacientes estudiadas el 95% fueron de procedencia urbanas y un 5% fue de origen rural (ver tabla 2). En base a la etnia se encontró que el 97% fueron mestizas, un 2% blanca y 1% de raza negra (ver tabla 3). En relación a la escolaridad se encontró el 50% secundaria, 35% primaria, 10% universidad y solo un 4% ninguno (ver tabla 4). Con respecto a la ocupación de las pacientes se encontró que el 94% eran ama de casa, el 4% estudiantes y solo un 2% otros (ver tabla 5).

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que: Según las gestas de las pacientes estudiadas el 40% eran bigestas, el 29% eran primigesta, el 13% eran Trigesta, el 11% Multigesta y solo un 7 % gran Multigesta (ver tabla 6). En cuanto al periodo intergenésico el 36% se encontraba entre 2 y 4 años, el 29% ninguno, el 25% <4 años y solo un 10% <2 años (ver tabla 7). Según los antecedentes de aborto se encontró que el 90% no presentó aborto y solo un 10% si presentó (ver tabla 8). Según los antecedentes de parto de las pacientes se encontró que el 72 % fue vaginal, un 20% ninguno y solo 8% cesáreas (ver tabla 9).

En cuanto a los antecedentes patológicos personales se encontró que el 92% de las pacientes no presentó ninguna patología, el 3 % presentó preeclampsia y solo 2 % hipertensión crónica (ver tabla 10) y 1% diabetes y cirugías previas y según sus antecedentes patológicos familiares el 64% no presentó ninguna patología, el 19% presentó hipertensión crónica, y solo un 15% diabetes. (Ver tabla 11)



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



Dentro de las complicaciones maternas el 46.19% de las mujeres se complicaron y un 53.81% no se complicaron (ver tabla 12).

En base a las complicaciones maternas que se presentaron durante el parto se encontró que: el 21% presentó RPM, el 20% SHG, el 17% preeclampsia grave, un 16% preeclampsia moderada, el 6% retención de placenta, un 4% corioamnionitis y DPPNI, un 3 % hipotonía uterina y desgarro, un 2% diabetes gestacional y solo un 1% placenta previa y parto obstruido (ver tabla 13). En cuanto a las complicaciones presentadas durante el puerperio se encontró: el 96 % no presentó ninguna complicación y solo un 4% HPP. (Ver tabla 14)

De las complicaciones perinatales se encontró que el 37.80% de los bebés se complicaron y que un 60.28% no se complicaron. (Ver tabla 15)

En base a las complicaciones perinatales que se presentaron se encontró que el 36% fue la prematuridad seguido con el 22% las muertes perinatales, un 10% RCIU, un 9% sufrimiento fetal, un 7% asfixia fetal, un 4% compresión del cordón, un 3% sepsis neonatal, un 2% bajo peso al nacer, SAM, neumonía y incompatibilidad ABO y solo un 1% TTRN (ver tabla 16).



### **3.2. DISCUSION**

Se estudió un total de 210 pacientes dentro de los cuales en relación a las características demográficas se encontró que el grupo etáreo predominante fue las mujeres de 20-25 años con un 69% lo cual se considera que esta dentro del rango de edad óptimo para el embarazo según la normativa 0-11 de bajo riesgo obstétrico, sin embargo los extremos de edades constituyen un factor de riesgo para complicación del embarazo y se encontró que el segundo grupo etáreo que predominó fueron las mujeres de 10-19 años de edad , lo cual se aproxima con los datos brindados por la OMS para el año 2012 donde afirman "que América registra cifras preocupantes ya que ocupa el segundo lugar, después de África, con una tasa media de fecundidad de 68 por 1000 mujeres entre los 15 y 19 años".

Con respecto a la procedencia se encontró que la mayor población es del área urbana con un 95%, seguida del área rural con un 5%, debido a la accesibilidad y ubicación del hospital, sin embargo nos indica que a pesar de tener acceso a los servicios de salud no se está brindando atención prenatal. Por otro lado en la escolaridad el mayor porcentaje se presenta en la educación secundaria con un 50%, seguida de primaria con un 35%, estos resultados no difieren de otros estudios ni de la literatura consultada ya que la mayoría de las mujeres en países como el nuestro dejan de estudiar al quedar embarazadas para dedicarse al embarazo y su vida de madre, por lo que al llegar a la secundaria, es lo más común con un nivel de instrucción muy bajo , con respecto a la ocupación la mayoría era ama de casa con un 94% , lo cual está relacionado con mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo debido al tipo de tareas domésticas ejercidas, las cuales requieren de esfuerzo físico además cabe señalar que por estar inmersas en sus labores diarias se olvidan darle importancia y seguimiento completo a su embarazo .

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos en lo que respecta al número de controles prenatales las pacientes estudiadas no contaban con ningún control prenatal lo que conlleva a mayor complicación del recién nacido y muerte perinatal puesto que no se conoce nada del embarazo. Por esto la normativa 0-11 para la atención parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo del ministerio de salud establece que se deben realizar como mínimo 4 controles prenatales durante el embarazo, puesto que el objetivo de estos es detectar los



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



factores de riesgos y una vez identificados intervenir de manera oportuna para evitar complicaciones

Con respecto a las gestas se encontró que la mayoría era bigestas en un 40% y con un periodo intergenésico entre 2 y 4 años en un 36% el cual se encuentra adecuado según las normativa 0-11 de bajo riesgo obstétrico. Dentro de los antecedentes personales patológicos el 92% no presento ningún antecedente y en los familiares también predominó ninguna antecedente con un 64%.

En cuanto a las complicaciones maternas el 46.19% de casos se complicaron lo cual indica que la falta de controles prenatales impide la identificación temprana de factores de riesgo y por ende dificulta el diagnóstico, prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades propias del embarazo que produzcan injuria a la madre y a su bebé

En las complicaciones maternas durante el parto se encontró que predominó las RPM en un 21%, seguidas de SHG en un 20%, el 17% la preeclampsia grave, un 16% preeclampsia moderada, no siendo menos importantes con un 6% la retención de placenta, un 4% corioamnionitis y DPPNI, un 3 % hipotonía uterina y desgarro, un 2% diabetes gestacional y solo 1% placenta previa y parto obstruido. En cuanto a las complicaciones presentadas durante el puerperio se encontró: el 96 % no presento ninguna complicación y solo un 4% HPP el cual, según la normativa 109 nos dice que la HPP es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad, y según la OMS estima que es aproximadamente el 10.5% de las causas que complican los nacimientos a nivel mundial.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---

En base a las complicaciones perinatales se observó que el 37.80 % se complicó, y un 60.28 % no se complicó, sin embargo las complicaciones que se presentaron fueron de gran impacto encontrándose dentro de las principales en un 36% la prematuridad y un 22% muertes perinatales.

En cuanto a las complicaciones materno – perinatales asociadas a la falta de control prenatal, del total de pacientes estudiadas se encontró que predominaron las complicaciones maternas (97 mujeres equivalente al 46.19%) sobre las perinatales (81 bebés equivalente al 37.80%), sin embargo debe recalarse que estas últimas tuvieron mayor impacto, ya que se produjeron 20 muertes perinatales (a manera de observación se encontró que de las 20 muertes perinatales 18 fueron extra hospitalarias y solo 2 fueron intrahospitalarias producidas en su mayoría por preeclampsia graves, DPPNI, Placenta previa prematuridad, diabetes gestacional descompensada y múltiples malformaciones congénitas.) en comparación a ninguna muerte materna, por tanto se debe tener en cuenta que la atención prenatal es la herramienta principal para la detección de factores de riesgo y la prevención de complicaciones en el binomio madre e hijo.



### 3.3 CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características demográficas el grupo etáreo que predominó fue de 20 a 25 años, ama de casa procedente del casco urbano en su mayoría, con un nivel de escolaridad medio que correspondía a la educación secundaria.
2. En relación a los antecedentes gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio la mayoría fueron bigestas con un periodo intergenésico entre 2 y 4 años, y una gran parte de estas no presentaron abortos y sus partos fueron vaginal
3. Con respecto a los antecedentes personales patológicos y familiares la mayoría no presentaron antecedentes.
4. En base a las complicaciones maternas se encontró que el mayor número de complicaciones se dieron en el parto y dentro de las las patologías encontradas predominaron las RPM en un 21%, seguidas de SHG en un 20 %. Con respecto a las complicaciones perinatales el 37.80% de los bebés se complicaron y dentro de las principales patologías estaban: la prematurez y las muertes perinatales.



### **3.4. RECOMENDACIONES**

**A las autoridades del Ministerio de Salud, junto a los directores de SILAIS.**

1. Conformar una comisión que realicen monitoreos exhaustivos y permanentes en el primer nivel de atención a los profesionales de salud encargados de la atención prenatal, donde se evalúe el trabajo de terreno designado para la captación de las embarazadas

#### **Atención primaria.**

1. Establecer un mecanismo de captación eficaz, es decir un trabajo de terreno casa a casa por el personal de salud designado para la atención de las embarazadas el cual debe ser monitoreado y supervisado por una comisión que este designada solo para esta tarea y se tome cuenta que como mínimo cada mujer embarazada deba tener 4 controles prenatales si se tratase de un embarazo de bajo riesgo y se cumpla las 13 actividades básicas normadas por el ministerio de salud.

2. una vez captadas las embarazadas en dado caso que no asistan a sus controles ir las a buscar hasta su casa para su seguimiento.

#### **Al personal médico del Hospital Bertha Calderón Roque**

1. Que el personal médico involucrado en la atención del parto haga uso de la jerarquía, dado que son pacientes con muy alto riesgo de complicarse ella y su bebé por no saber nada acerca de su embarazo, por lo tanto este parto debe ser derivado aquel que tenga mayor nivel de resolución inmediata.

2. Que todo el personal médico del Hospital Bertha Calderón Roque involucrado en la atención del parto y puerperio brinde consejería sobre la importancia y las complicaciones que se pueden presentar al no realizarse el control prenatal y no darle un adecuado seguimiento para así evitar afectaciones en futuros embarazos.

3. Que el personal del Hospital realice la contra referencia adecuada al primer nivel de atención para que se le dé un seguimiento continuo del puerperio a las pacientes.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alfredo, P. S., & Enrique, D. S. (2011). Control prenatal. En Obstetricia. Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Balmaceda, D. G. (2014). Hiperémesis Gravídica. Managua.
- Cabrera, J. V. (2010). Desgarro y laceraciones del canal del parto. En J. V. Cabrera, Embarazo, Parto y Puerperio principales complicaciones (pág. 71). La Habana: Ciencias Médicas.
- Cancino, E., León, H., Atálora, R., Pérez, G. E., Sarmiento, R., & Yates, A. Guía de control prenatal y factores de riesgo. En A. B. Ginecología. Bogotá.
- de la salud, O. P., & de la salud, O. M. (2015). Perfil del país 2015. Nicaragua.
- Dirección nacional de maternidad e infancia de Argentina. (2013). Control prenatal. Recomendaciones para la Práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal, 87.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2-5.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo - Ministerio de Salud. (2013). Resumen de indicadores demográficos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 11.
- Martín, M. T. (2013). Patología urinaria y embarazo. 1.
- Ministerio de salud de Nicaragua. (2013). Protocolo para la atención de la complicaciones obstétricas , 27-30-37-51-57-65-72-77-83-89-94-100-104-105-116-127-135-141-153-165-166-175-171-177-211-212-219-236-237-249-257-257-275-276-284.
- Ministerio de Salud de la Nación- Argentina. (2001). Cuidados del control prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal, 7-8.
- Ministerio de salud de Nicaragua. (2008). Protocolo Para la atención prenatal. Normas y protocolos Para la atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo, 14.



## *Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

---



- Ministerio de salud de Nicaragua. (2011). Infecciones urinarias en embarazadas. Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico, 171-176.
- Ministerio de salud de Nicaragua. (2008). Protocolo para la atención prenatal. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, 92.
- Organización Mundial de la salud. (2003). Componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Nuevo Modelo del Control Prenatal, 26-27.
- Organización Panamericana de la Salud, O. M. (2015). Salud Materna e Infantil en Nicaragua. Perfil de país, 4.
- Rosado, A., Pérez, C., Duque, A., Hernández, M., Hernández, M., Rodríguez, L., y otros. (2010). Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con el bajo peso y parto prematuro. Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con el bajo peso y parto prematuro, 85.
- Schwarcz, R. L., Duverges, C. A., & Fescina, R. H. (2005 6ta edición). En Obstetricia (pág. 180). El Ateneo.
- Schwarcz, R. L., Duverges, C. A., & Fescina, R. H. (2005 6ta edición). obstetricia SCHWARCZ - SALA- DUVERGUES. En R. L. Schwarcz, C. A. Duverges, & R. H. Fescina. El Ateneo.
- Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2010). Control prenatal del embarazo normal. Protocolos asistenciales en obstetricia.

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Número de ficha: \_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_

**I. Características demográficas**

**II. Antecedentes gineco-obstétricos**

**1. Edad:**

- 1. 10-19
- 2. 20-35
- 3. >35

**2. Procedencia:**

- 1. Urbana
- 2. Rural

**3. Etnia:**

- 1. Blanca
- 2. Mestiza
- 3. Negra

**4. Escolaridad:**

- 1. Ninguno
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Universidad

**5. Ocupación:**

- 1. Estudiante
- 2. Ama de casa
- 3. Otros

**1. Número de controles prenatales:** \_\_\_\_\_

**3. Gestas:**

- 1. Primigesta
- 2. Bigestas
- 3. Trigesta
- 4. Multigesta
- 5. Gran Multigesta

**4. Periodo intergenésico:**

- 1. <2 años
- 2. 2-4 años
- 3. >4 años

**5. Abortos:**

- 1. Si
- 2. No

**6. Partos:**

- 1. Vaginales
- 2. Cesáreas

**7. Embarazo ectópico**

- 1. Si
- 2. no

**III. Antecedentes patológicos**

**personales:**

- 1. Tuberculosis
- 2. Diabetes
- 3. Hipertensión
- 4. Preeclampsia
- 5. Eclampsia
- 6. Cardiopatía
- 7. Nefropatía
- 8. VIH
- 9. Cirugías previas
- 10. Violencia
- 11. Asma
- 12. Ninguno

**IV. Antecedentes patológicos**

**familiares:**

- 1. Tuberculosis
- 2. Diabetes
- 3. Hipertensión
- 4. Preeclampsia
- 5. Eclampsia
- 6. Cardiopatía
- 7. Insuficiencia renal crónica
- 8. Ninguno

**V. Complicaciones materno- fetales:**

**PARTO Y PUERPERIO:**

**Parto:**

- 1. Corioamnioitis
- 2. Diabetes gestacional
- 3. Preeclampsia moderada
- 4. Preeclampsia grave
- 5. Eclampsia
- 6. DPPNI
- 7. Placenta previa
- 8. RPM
- 9. Parto obstruido
- 10. Ruptura uterina
- 11. Desgarro

**Puerperio:**

- 1. Hemorragia Post parto
- 2. Sepsis puerperal
- 3. Shock séptico
- 4. Shock hemorrágico

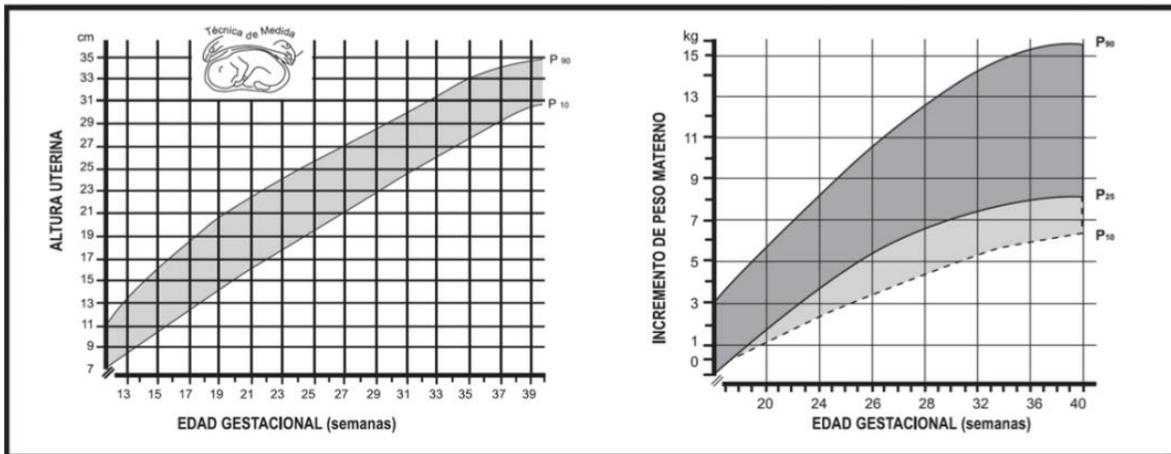
**FETALES:**

- 1. Sepsis neonatal
- 2. Asfixia fetal
- 3. Anemia
- 4. RCIU
- 5. Prematurez
- 6. Síndrome de dificultad respiratoria



- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 7. Neumonía              | <input type="checkbox"/> |
| 8. Meningitis            | <input type="checkbox"/> |
| 9. Compresión de cordón  | <input type="checkbox"/> |
| 10. TTRN                 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sufrimiento fetal    | <input type="checkbox"/> |
| 12. Muerte perinatal     | <input type="checkbox"/> |
| 13. Bajo peso al nacer   | <input type="checkbox"/> |
| 14. SAM                  | <input type="checkbox"/> |
| 15. Incompatibilidad ABO | <input type="checkbox"/> |





CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal	<b>LISTADO DE CODIGOS</b>	Historia Clínica Perinatal - Base
<p><b>PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)</b></p> <p><b>50 GESTACION MULTIPLE</b></p> <p><b>51 HIPERTENSION PREVIA</b></p> <p>01 Hipertensión previa esencial complicando EPP</p> <p>02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP</p> <p><b>52 PREECLAMPSIA</b></p> <p>04 Hipertensión transitoria del embarazo</p> <p>05 Preeclampsia leve</p> <p>06 Preeclampsia severa y moderada</p> <p>53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada</p> <p><b>54 ECLAMPSIA</b></p> <p><b>55 CARDIOPATIA</b></p> <p><b>56 DIABETES</b></p> <p>57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa</p> <p>58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa</p> <p>59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo</p> <p>07 Test de tolerancia a la glucosa normal</p> <p><b>60 INFECCION URINARIA</b></p> <p>08 Bacteriuria asintomática del embarazo</p> <p><b>61 OTRAS INFECCIONES</b></p> <p>62 Infecciones del tracto genital en el embarazo</p> <p>09 Sífilis complicando EPP</p> <p>10 Gonorrea complicando EPP</p> <p>11 Malaria</p> <p>12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)</p> <p>63 Hepatitis viral</p> <p>64 TBC complicando EPP</p> <p>78 Rubéola complicando EPP</p> <p><b>65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP</b></p> <p><b>66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO</b></p> <p><b>67 ANEASIA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)</b></p> <p>13 Incompetencia cervical</p> <p><b>68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA</b></p> <p>14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto</p> <p>15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna</p> <p>69 <b>HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE</b></p> <p>17 Mola hidatiforme</p> <p>18 Aborto espontáneo y aborto retenido</p> <p>19 Embarazo ectópico</p> <p>20 Aborto inducido y terapéutico</p> <p>21 Amenaza de aborto</p> <p><b>70 HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE</b></p> <p>22 Placenta previa con hemorragia</p> <p>23 Desprendimiento prematuro de placenta</p>	<p>24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación</p> <p>25 Ruptura uterina antes o durante el parto</p> <p>26 Laceración obstétrica del cuello del útero</p> <p>71 ANEMIA</p> <p>27 Anemia por deficiencia de hierro</p> <p><b>72 RUPTURA PREMATURA A DE MEMBRANAS</b></p> <p>28 Infección del saco amniótico y membranas</p> <p><b>73 INFECCION PUERPERAL</b></p> <p>29 Sepsis puerperal</p> <p>30 Infección mamaria asociada al nacimiento</p> <p><b>74 HEMORRAGIA POST PARTO</b></p> <p>31 Placenta retenida</p> <p>32 Útero atónico</p> <p>33 Laceraciones perinatales de 1ero y 2do grado</p> <p>34 Laceraciones perinatales de 3ero y 4to grado</p> <p><b>75 OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS</b></p> <p>35 Placenta previa sin hemorragia</p> <p>36 Hipertensión gravídica</p> <p>37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión</p> <p>38 Dependencia de drogas</p> <p>39 Sufrimiento fetal</p> <p>40 Polihidramnios</p> <p>41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)</p> <p>42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical</p> <p>43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio</p> <p>44 Embolismo obstétrico</p> <p>45 Falta de cierre de la herida de cesárea</p> <p>46 Falta de cierre de la episiotomía</p> <p>47 SIDA</p> <p>76 HIV positivo</p> <p>48 Neoplasia maligna del cuello uterino</p> <p>49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria</p>	<p><b>HEMORRAGIAS</b></p> <p>07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido</p> <p>55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo prenatal</p> <p>56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)</p> <p><b>HIPERBILIRUBINEMIAS</b></p> <p>08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh</p> <p>09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO</p> <p>10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino</p> <p><b>58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)</b></p> <p>11 Policitemia neonatal</p> <p>12 Anemia congénita</p> <p>13 Otras afecciones hematológicas</p> <p><b>INFECCIONES</b></p> <p>14 Diarrea</p> <p>15 Meningitis</p> <p>16 Onfalitis</p> <p>17 Conjuntivitis</p> <p>59 Infecciones de la piel del recién nacido</p> <p>18 Septicemia</p> <p>20 Enterocolitis necrotizante (ECN)</p> <p>49 Tétanos neonatal</p> <p>60 Sífilis congénita</p> <p>61 Enfermedades congénitas virales</p> <p>68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)</p> <p>69 Citomegalovirus (CMV)</p> <p>70 Toxoplasmosis congénita</p> <p>39 HIV positivo</p> <p>19 Otras infecciones del periodo perinatal</p> <p><b>NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)</b></p> <p>33 Hidrocefalia adquirida</p> <p>34 Leucomalacia periventricular y cerebral</p> <p>35 Trauma obstétrico con lesión intracraneal, del SNC y del sistema nervioso periférico</p> <p>36 Hemorragia intracraneana no traumática</p> <p>37 Convulsiones</p> <p>77 Encefalopatía hipóxico isquémica</p> <p>38 Otras afecciones del estado cerebral</p> <p><b>METABOLICA/NUTRICIONAL</b></p> <p>43 Síndrome de "hijo de diabética"</p> <p>45 Hipoglucemia</p> <p>46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales</p> <p><b>68 OTRAS PATOLOGIAS RN</b></p> <p>40 Retropositis de la prematuridad</p> <p>41 Hernia inguinal</p> <p>65 Síndrome de daño por frío</p>
<p><b>INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION</b></p> <p>01 Cesárea previa</p> <p>14 Posición transversa</p> <p>02 Sufrimiento fetal agudo</p> <p>15 Ruptura prematura de membranas</p> <p>03 Desproporción cefalo-pélvica</p> <p>16 Infección ovular (sospechada o confirmada)</p> <p>04 Alteración de la contractilidad</p> <p>17 Placenta Previa</p> <p>05 Parto prolongado</p> <p>18 Abrupto placentae</p> <p>06 Fracaso de la inducción</p> <p>19 Ruptura uterina</p> <p>07 Descenso detenido de la presentación</p> <p>20 Preeclampsia y eclampsia</p> <p>08 Embarazo múltiple</p> <p>21 Herpes anogenital</p> <p>09 R.C.I.U.</p> <p>22 Condilomatosis genital</p> <p>10 Parto de pretérmino</p> <p>23 Otras enfermedades maternas</p> <p>11 Parto de posttérmino</p> <p>24 Muerte fetal</p> <p>12 Presentación podálica</p> <p>25 Madre exhausta</p> <p>13 Posición posterior</p> <p>26 Otras</p> <p style="text-align: right;">76 VIH</p>	<p><b>ANOMALIAS CONGENITAS</b></p> <p>120 Anencefalia</p> <p>121 Espina bífida/Meningocele</p> <p>122 Hidranencefalia</p> <p>123 Hidrocefalia</p> <p>124 Microcefalia</p> <p>125 Holoprosencefalia</p> <p>127 Otras anomalias del Sistema Nervioso Central</p> <p>128 Tronco arterioso</p> <p>129 Trasposición grandes vasos</p> <p>130 Tetralogía de Fallot</p> <p>131 Ventrículo único</p> <p>132 Doble tracto de salida de vent. derecho</p> <p>133 Canal atrio-vent. completo</p> <p>134 Atresia pulmonar</p> <p>135 Atresia tricuspíde</p> <p>136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo</p> <p>137 Coartación de aorta</p> <p>138 Retorno venoso pulmonar anómalo total</p> <p>139 Otras anomalias circulatorias/respiratorias</p> <p>140 Paladar hendido</p> <p>141 Fístula traqueo-esofágica</p> <p>142 Atresia esofágica</p> <p>143 Atresia de colon o recto</p> <p>144 Ano imperforado</p> <p>145 Onfalocelo</p> <p>146 Gastroquisis</p> <p>147 Atresia duodenal</p> <p>148 Atresia yeyunal</p> <p>150 Atresia ileal</p> <p>150 Otras anomalias gastrointestinales</p> <p>151 Genitales malformados</p> <p>152 Ageneia Renal bilateral</p> <p>153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos</p> <p>154 Hidronefrosis congénita</p> <p>155 Extrofia de la vejiga</p> <p>156 Otras anomalias nefrouriñarias</p> <p>157 Trisomía 13</p> <p>158 Trisomía 18</p> <p>159 Síndrome de Down</p> <p>160 Otras anomalías cromosómicas</p> <p>126 Labio hendido</p> <p>161 Paladar hendido</p> <p>162 Sindactilia</p> <p>163 Displasia esquelética</p> <p>164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)</p> <p>165 Hernia Diafragmática</p> <p>166 Hidrops fetal</p> <p>167 Oligoamnios severo</p> <p>168 Otras anomalías musculosqueléticas</p> <p>169 Anomalías Tegumentarias</p>	
<p><b>MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO</b></p> <p>01 Lidocaina o similar</p> <p>02 Aminas simpatomiméticas</p> <p>03 Gases anestésicos (pentrane - fluorane - ox. nitroso)</p> <p>04 Barbitúricos</p> <p>05 Relajantes musculares</p> <p>06 Diazepóxidos</p> <p>07 Meprobán</p> <p>08 Espasmolíticos</p> <p>09 Oxitocina</p> <p>10 Prostaglandinas</p> <p>11 Betaalclámicos (Penicilinas-cefalopórin)</p> <p>12 Amnoglicósidos (gentamicina-amykacina)</p> <p>13 Entromicina</p> <p>14 Metronidazol</p> <p>15 Betamiméticos</p> <p>16 Inhibidores de prostaglandinas</p> <p>17 Antagonistas del calcio</p> <p>18 Sulfato de magnesio</p> <p>19 Hidralazina</p> <p>20 Beta bloqueantes</p> <p>21 Otros antihipertensivos</p> <p>22 Sangre y derivados</p> <p>23 Heparina</p> <p>24 Corticoides</p> <p>25 Cardiotónicos</p> <p>26 Diuréticos</p> <p>27 Aminofilina</p> <p>28 Insulina</p> <p>29 Difenhidantoina</p> <p>30 Otros</p>		



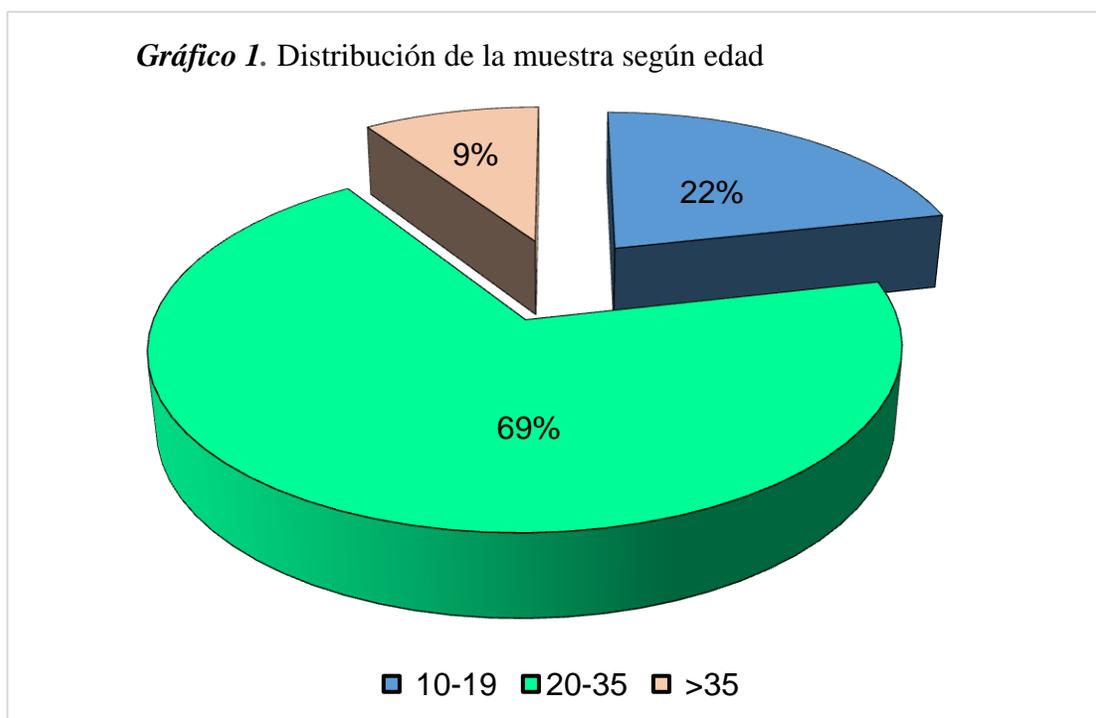
## 5.1. TABLAS Y GRAFICOS

### I. Características demográficas

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según la edad de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R

Edad de las pacientes	Frecuencia	Porcentaje
10-19	46	22
20-35	144	69
>35	20	9
Total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque



**Fuente:** Tabla número 1



*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

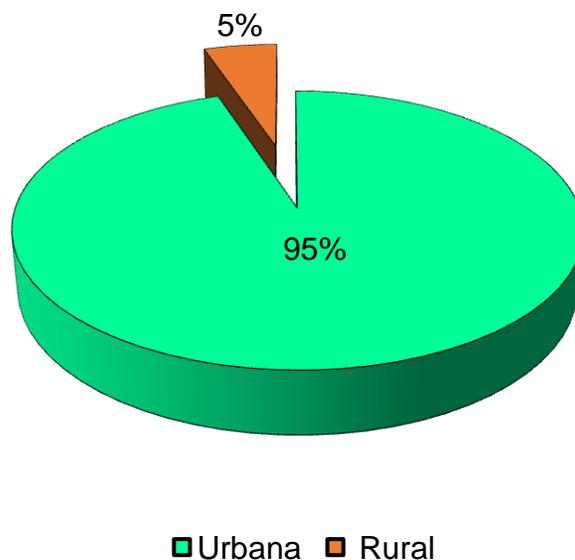


**Tabla 2.** Distribución de la muestra según procedencia de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	199	95
Rural	11	5
total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfico 2.** Distribución de la muestra según Procedencia



**Fuente:** Tabla número 2



**Tabla 3.** Distribución de la muestra según la Etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	4	2
Mestiza	203	97
Negra	3	1
total	210	100

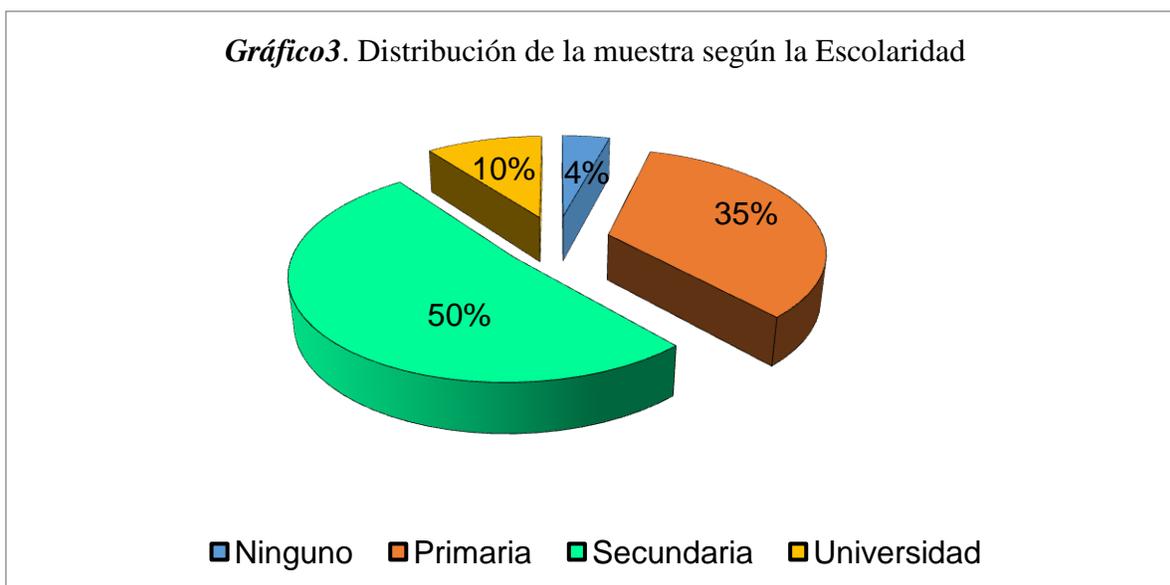
Fuente: Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según la Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	4
Primaria	73	35
Secundaria	106	50
Universidad	22	10
total	210	100

Fuente: Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfico3.** Distribución de la muestra según la Escolaridad



Fuente: Tabla número 4



*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

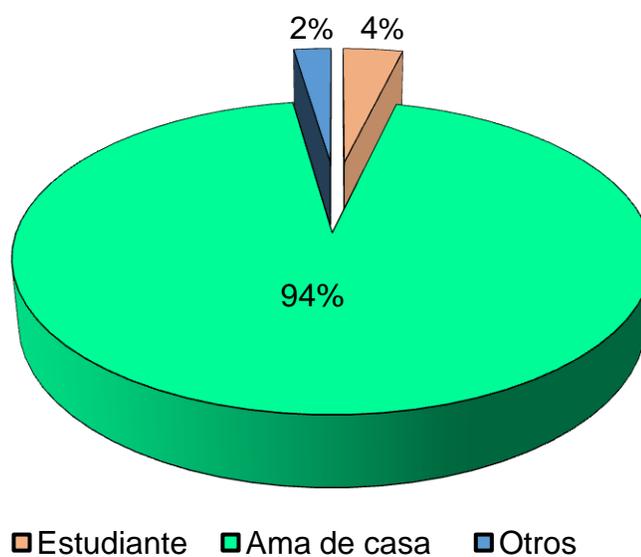


**Tabla 5.** Distribución de la muestra según la Ocupación de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	8	4
Ama de casa	197	94
Otros	5	2
Total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfico 4.** Distribucion de la muestra según la ocupación



**Fuente:** Tabla número 5



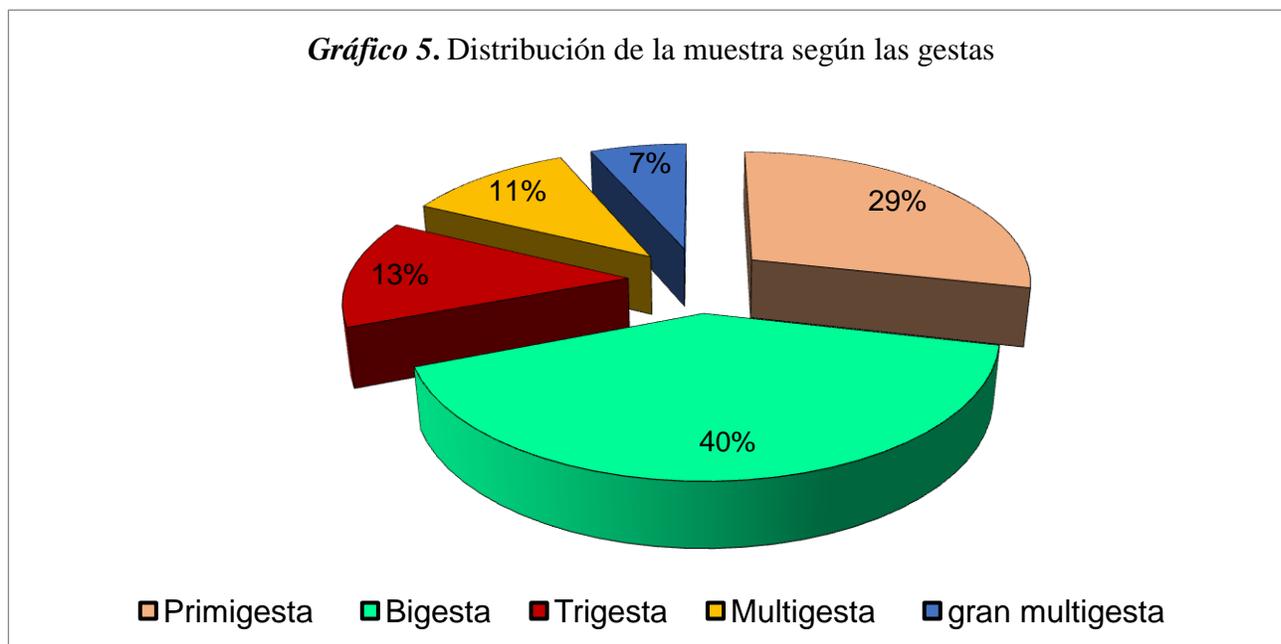
## II. Antecedentes Gineco-obstétricos

**Tabla 6.** Distribución de la muestra según las gestas de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	61	29
Bigestas	83	40
Trigesta	28	13
Multigesta	24	11
gran Multigesta	14	7
total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfico 5.** Distribución de la muestra según las gestas



**Fuente:** Tabla número 6



*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

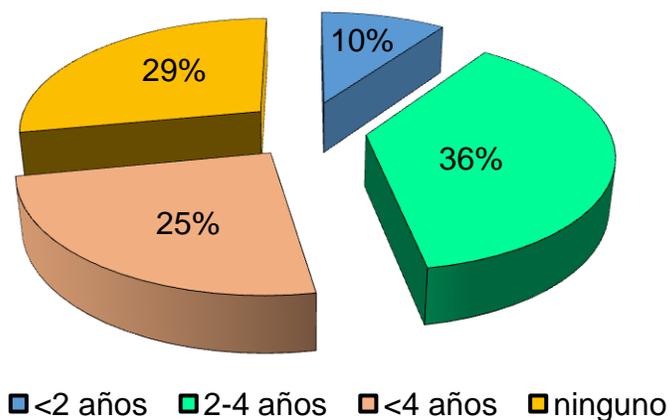


**Tabla 7.** Distribución de la muestra según el periodo intergenésico de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Periodo Intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
<2 años	21	10
2-4 años	76	36
<4 años	53	25
ninguno	60	29
total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfico 6.** Distribución de la muestra según el periodo intergenésico



**Fuente:** Tabla número 7



*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*



**Tabla 8.** Distribución de la muestra según sus antecedentes de aborto de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	10
No	190	90
total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Tabla 9.** Distribución de la muestra según sus antecedentes de partos de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	241	72
Cesáreas	25	8
Ninguno	65	20

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

### III. Antecedentes Patológicos Personales.

**Tabla 10.** Antecedentes Patológicos personales de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Antecedente patológicos personales	Frecuencia	Porcentaje
Tuberculosis	0	0
Diabetes	3	1
Hipertensión	5	2
Preeclampsia	6	3
Eclampsia	0	0
Cardiopatía	0	0
Asma	1	0
Nefropatía	0	0
VIH	0	0
Cirugías previas	3	1
Violencia	0	0
Ninguno	192	92
total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque



#### IV. Antecedentes Patológicos Familiares

**Tabla 11.** Antecedentes Patológicos Familiares de las pacientes que se presentaron a parto en el segundo semestre del 2015 en el hospital Bertha C. R.

Antecedentes Patológicos familiares	Frecuencia	Porcentaje
Tuberculosis	1	0
Diabetes	37	15
Hipertensión	45	19
Preeclampsia	1	0
Eclampsia	1	0
Cardiopatía	0	0
Insuficiencia Renal Crónica	1	0
Ninguno	150	64

**Fuente:** Expediente clínico Hospital Bertha Calderón Roque

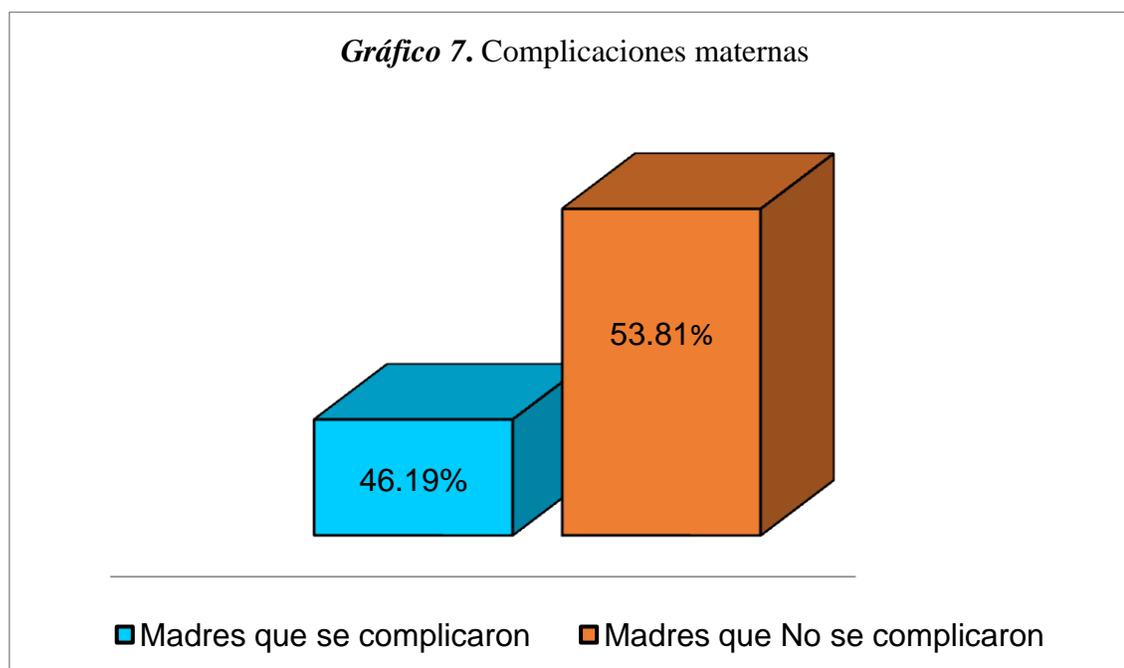


## V. Complicaciones Materno-Perinatales

*Tabla 12.* Complicaciones maternas

Madres que se complicaron	Porcentaje	Madres que No se complicaron	Porcentaje	Total
97	46.19	113	53.81	210

Fuente: Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque



Fuente: Tabla número 12



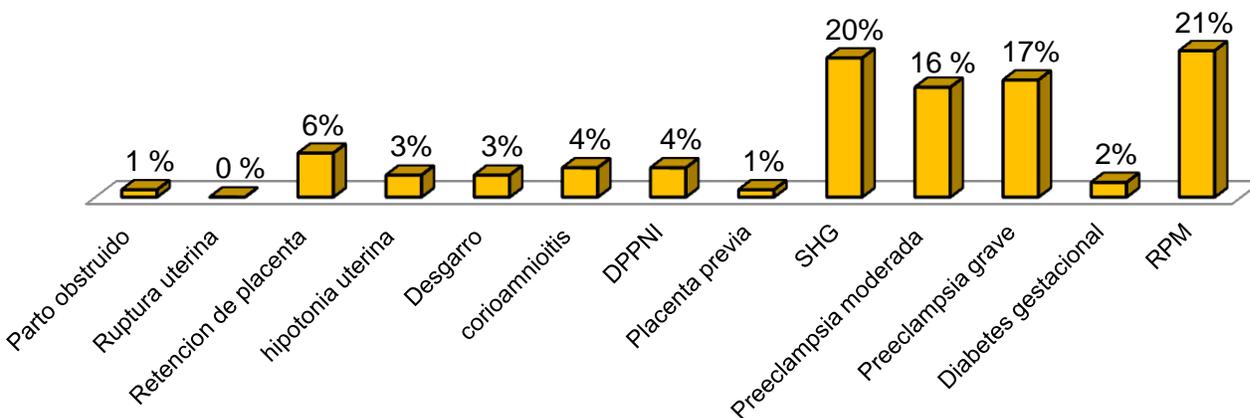
**Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015**

**Tabla 13.** Complicaciones maternas que se presentaron durante el parto asociado a la falta de control prenatal de las pacientes que se presentaron en el hospital Bertha C. R. en el segundo semestre del 2015.

Complicaciones del parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto obstruido	1	1
Ruptura uterina	0	0
Retención de placenta	6	6
hipotonía uterina	3	3
Desgarro	3	3
corioamnioititis	4	4
DPPNI	4	4
Placenta previa	1	1
SHG	19	20
Preeclampsia moderada	15	16
Preeclampsia grave	16	17
RPM	20	21
Diabetes gestacional	2	2
total	94	100

Fuente: Expediente clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfico 8.** Complicaciones maternas que se presentaron durante el Parto



Fuente: Tabla número 13



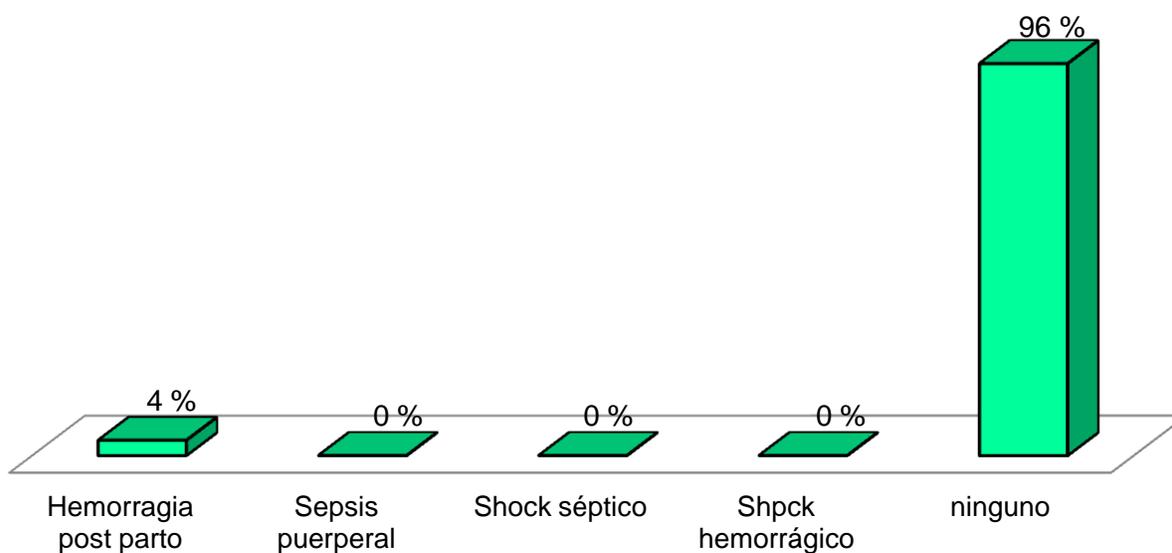
*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

**Tabla 14.** Complicaciones maternas que se presentaron durante el puerperio asociado a la falta de control prenatal de las pacientes que se presentaron en el hospital Bertha C. R. en el segundo semestre del 2015.

Complicaciones del puerperio	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia post parto	8	4
Sepsis puerperal	0	0
Shock séptico	0	0
Shock hemorrágico	0	0
ninguno	202	96
total	210	100

**Fuente:** Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque

**Gráfica 9.** Complicaciones maternas que se presentaron durante el puerperio



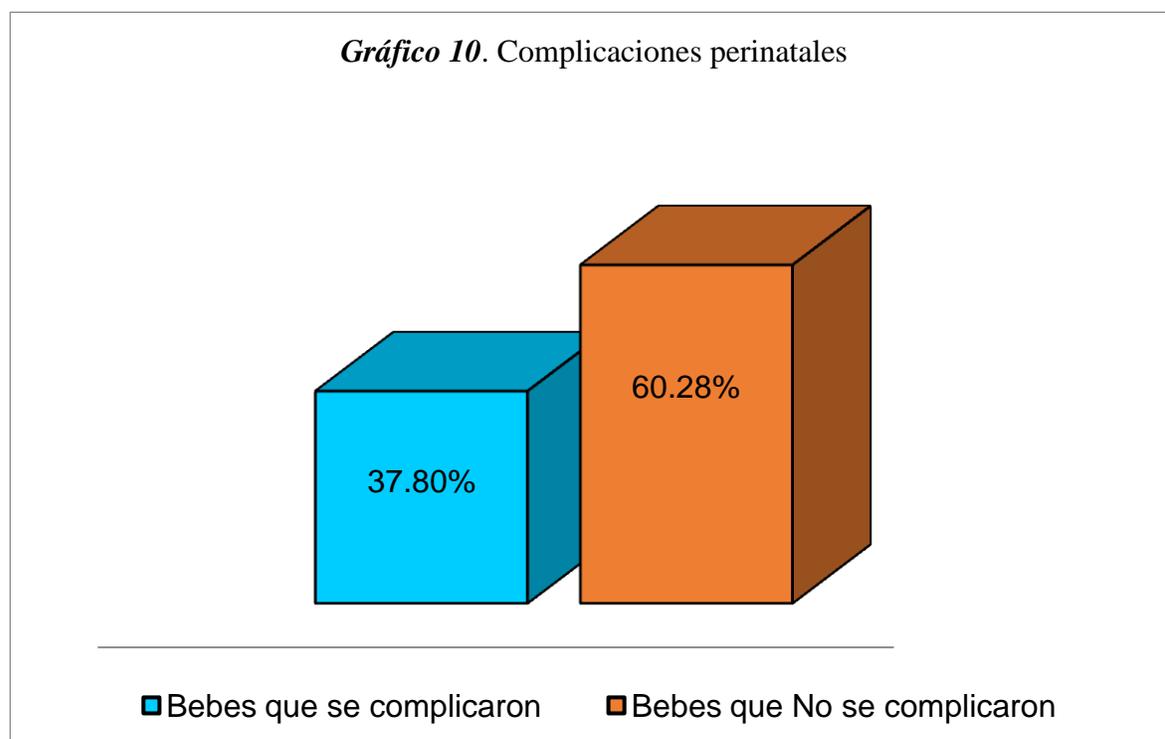
**Fuente:** Tabla número 14



**Tabla 15.** Complicaciones perinatales.

Bebes que se complicaron	Porcentaje	Bebes que No se complicaron	Porcentaje	Total
81	37.80	129	60.28	210

Fuente: Expediente clínico Hospital Bertha Calderón Roque



Fuente: Tabla número 15

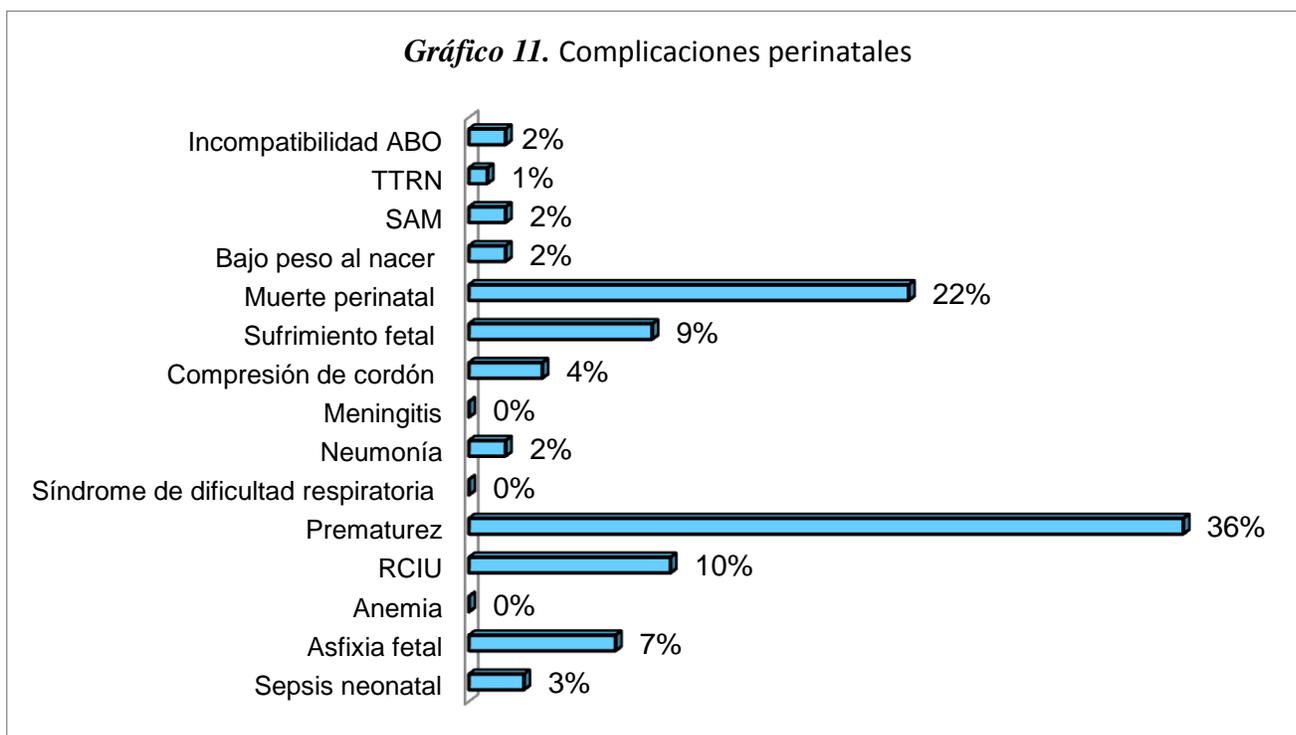


*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*

**Tabla 16.** Complicaciones perinatales asociado a la falta de control prenatal de las pacientes que se presentaron a parto en el hospital Bertha C. R. en el segundo semestre del 2015..

Complicaciones perinatales	Frecuencia	Porcentaje
Sepsis neonatal	3	3
Asfixia fetal	8	7
Anemia	0	0
RCIU	11	10
Prematurez	39	36
Síndrome de dificultad respiratoria	0	0
Neumonía	2	2
Meningitis	0	0
Compresión de cordón	4	4
Sufrimiento fetal	10	9
Muerte perinatal	20	22
Bajo peso al nacer	2	2
SAM	2	2
TTRN	1	1
Incompatibilidad ABO	2	2
total	104	100

Fuente: Expediente Clínico Hospital Bertha Calderón Roque



Fuente: Tabla número 16



*Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015*



**Tabla 17.** Actividades a realizar en el control prenatal

ACTIVIDADES		1 <12 SG	2 26 SG	3 32 SG	4 38 SG
1	Llenado de formulario de clasificación y HCPB, carné perinatal y expediente	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja, violencia de cualquier tipo).	X	X	X	X
3	Clasificación del embarazo de bajo o Alto riesgo	X	X	X	X
4	Toma de signos vitales (presión arterial y peso de la embarazada).	X	X	X	X
5	Talla de la embarazada.	X			
	Examen médico completo.				
4	Examen Obstétrico: medir altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, situación y presentación fetal).		X	X	X
6	Cálculo Edad Gestacional.	X	X	X	X
7a	Aplicación de Vacuna antitetánica (refuerzo o primera dosis).	X			
7b	Aplicación de segunda dosis antitetánica (cuando corresponda).		X	X	
8	Hacer prueba de Hemoglobina.	X			
9	Glicemia.	X		X	
10	Realización del análisis de sífilis, información sobre la enfermedad.	X		X	
11	Realizar detección de ITS/VIH-SIDA, información sobre la enfermedad.	X		X	
12	Realización de Examen de orina.	X	X	X	X
13	Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh.	X			
14	Entrega de suplementos de hierro y ácido fólico.	X	X	X	X
15	Entrega de Albendazol.		X		X
16	Entrega de calcio 2gms vo diario a partir de las 20 semanas.		X	X	X
17	Entrega de Aspirina de tableta 81 mg vo diario después de las 20 semanas.		X	X	X
18	Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo.	X	X	X	X
19	Recomendaciones para situaciones de peligro.	X	X	X	X
20	Instrucciones para el parto / Plan de Parto.			X	X
21	Consejería en Lactancia Materna Exclusiva y Planificación Familiar.	X	X	X	X
22	Detección y referencia de presentación pélvica ó situación transversa del feto.				X