



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

## **FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA**

### **FAREM- ESTELÍ**

Complicaciones obstétricas de las embarazadas con alto riesgo que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay de enero- octubre 2019.

#### **Autores:**

- Marcela Selena Vindell González
- Sobeyda del Socorro Ramírez Pérez.
- Gema Jesarela Calderón Reyes.

#### **Tutor:**

- Dr. Marvin Aníbal Guevara Rico.

**San Juan de Limay, febrero 2019**

## OPINIÓN DEL TUTOR

El seminario de graduación, constituye la última actividad académica que realizaron los estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería con mención en salud pública

Considero que los autores han logrado cumplir con los propósitos fundamentales del seminario de graduación, al utilizar los conocimientos y experiencias producto de su carrera en la identificación, análisis y proposición de soluciones del subtema en estudio ,demostrando capacidad ,madurez intelectual , creatividad científica y profesional dentro del campo estudiado

El presente seminario de graduación realizado por los alumnos se titula

TERMA: complicaciones obstétricas

SUBTEMA: complicaciones obstétricas que presentaron las embarazadas de alto riesgo del hospital primario DR. Uriel Morales del municipio San Juan de Limay de Enero \_ octubre 2019.

AUTORES:

1. Marcela Selena Vindell González
2. Sobeyda del Socorro Ramírez Pérez.
3. Gema Jesarela Calderón Reyes.

Considerando que han cumplido con los requisitos científicos y metodológicos, se extiende el presente AVAL, que les acredita la entrega de 3 ejemplares de seminario de graduación empastado y un CD conteniendo el informe final en PDF y diapositivas utilizadas para la defensa

Sin mas a que hacer referencia

Dado en la ciudad de ESTELI a los 28 dias del mes de Enero del 2020.



DR MARVIN GUEVARA RICO

## **DEDICATORIA**

A Dios padre que es nuestro sustento y ayudador, a nuestros maestros que han sido nuestra guía en esta ardua jornada, a nuestros familiares porque son nuestro apoyo incondicional y a todas las pacientes embarazadas que llevan en su vientre un milagro de vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A dios por permitirme vivir y seguir ayudándome cada día, a mis padres porque creyeron en mí y me sacaron adelante dándome ejemplos dignos de superación y entrega ya que en gran parte gracias a ellos hoy puedo alcanzar grandes metas, a mi hermano por fomentar en mí el deseo de superación y anhelo a triunfar a mis maestros por darme el pan de la enseñanza cada día con su dedicación y paciencia durante este proceso de logros.

**Sobeyda del socorro Ramírez Pérez.**

Agradecida primeramente con mi Dios padre por permitirme realizar con mucho esfuerzo y obstáculos este trabajo, por darnos vida y salud para realizar, por la fuerzas, sabiduría y entendimiento para realizar esta investigación.

A nuestros maestros, por brindarnos cada conocimiento obtenido a lo largo de esta ardua jornada por sus consejos y apoyo brindado.

A mis padres y familia por apoyarme siempre en cada paso que doy y nunca dejarme de la mano.

A las embarazadas de alto riesgo del Hospital por toda la información brindada. Haci como a todo el personal de salud de dicho hospital por su apoyo a lo largo de esta jornada.

**Marcela Selena Vindel Gonzales**



A Dios por darme salud y vida para poder culminar mi carrera profesional, a mi madre, hija y hermanos por estar en los momentos que más necesite, por ser siempre los pilares en el cual podía refugiarme siempre brindándome su apoyo incondicional

También a mis maestros que me han formado incluyendo parte fundamental de mis conocimientos en mi desarrollo como profesional, al personal de salud del Hpuma y por a verme apoyado reforzando cada una de mis debilidades para así ser una profesional que contribuye a la sociedad.

**Gema Jesarela Calderón Reyes.**

## OPINIÓN DEL TUTOR

El seminario de graduación, constituye la última actividad académica que realizaron los estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería con mención en salud pública

Considero que los autores han logrado cumplir con los propósitos fundamentales del seminario de graduación, al utilizar los conocimientos y experiencias producto de su carrera en la identificación, análisis y proposición de soluciones del subtema en estudio ,demostrando capacidad ,madurez intelectual , creatividad científica y profesional dentro del campo estudiado

El presente seminario de graduación realizado por los alumnos se titula

TERMA: complicaciones obstétricas

SUBTEMA: complicaciones obstétricas que presentaron las embarazadas de alto riesgo del hospital primario DR. Uriel Morales del municipio San Juan de Limay de Enero \_ octubre 2019.

AUTORES:

1. Marcela Selena Vindell González
2. Sobeyda del Socorro Ramírez Pérez.
3. Gema Jesarela Calderón Reyes.

Considerando que han cumplido con los requisitos científicos y metodológicos, se extiende el presente AVAL, que les acredita la entrega de 3 ejemplares de seminario de graduación empastado y un CD conteniendo el informe final en PDF y diapositivas utilizadas para la defensa

Sin mas a que hacer referencia

Dado en la ciudad de ESTELI a los 28 dias del mes de Enero del 2020.

---

DR MARVIN GUEVARA RICO



## **RESUMEN**

El presente estudio se realizó con el objetivo de reconocer las complicaciones obstétricas de las embarazadas de alto riesgo que acude al hospital Dr. Uriel Morales Arguello, de San Juan de Limay, de enero-octubre 2019.

Para lo que se implementó un estudio descriptivo, transversal, con una muestra que está conformada por 24 embarazadas. Las variables utilizadas fueron condiciones sociodemográficas de las embarazadas, factores de riesgo, complicaciones obstétricas.

La fuente de información fue primaria mediante aplicación de encuestas a embarazadas de alto riesgo obstétrico. Para el análisis de la información se utilizó la técnica de estadística descriptiva, se diseñaron tablas y gráficas para presentar los resultados con el correspondiente análisis e interpretación del mismo.

En relación a los resultados de nuestro estudio el grupo etario de las mujeres que prevaleció fue de 20\_24 años con el 38%, 14 casada con el (58%), ama de casa 16 (56%) de procedencia rural 14 (58%) con un alto factor de riesgo las ITS 6 (25%), 8 (33%) para desarrollar complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio.

Por lo que recomendamos continuar asistiendo a los controles para una mejor vigilancia y de esa manera evitar complicaciones en este periodo de embarazo el cual se supone que se debe de disfrutar ya que es el primer laso de amor entre madre e hijo y así conservar un momento de amor mutuo entre los dos.

### **Palabras claves:**

**Complicaciones Obstétricas, Hemorragia postparto, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Ruptura prematura de membranas, Amenaza de parto pre término**

# I. Contenido

I.	Introducción .....	1
II.	Antecedentes .....	2
	2.1 Antecedentes Mundiales .....	2
	2.2 Antecedentes Regionales.....	3
	2.3 Antecedentes Nacionales.....	4
III.	Justificación.....	5
IV.	Planteamiento Del Problema.....	6
V.	Objetivos .....	7
	5.1 Objetivo General .....	7
	5.2 Objetivos Específicos.....	7
VI.	Marco teórico .....	8
6.	Complicaciones Obstétricas:.....	8
	6.2. Factores de riesgo relacionados:.....	8
	6.2.3 El estilo de vida:.....	9
	6.2.4. Condiciones De Salud Persistente:.....	9
	6.4.1 Condiciones del embarazo: .....	10
	6.6 Principales complicaciones obstétricas durante el embarazo.....	13
	6.6.1. Síndrome Hipertensivo Gestacional.....	13
	6.7. Ruptura Prematura De Membranas:.....	15
	6.8 Amenaza De Parto Pre-Termino (App): .....	17
	6.9 Hemorragia posparto (HPP) .....	20
VII.	Diseño metodológico.....	22
VIII.	Desarrollo del tema. ....	26
IX.	CONCLUSIONES .....	34
X.	RECOMENDACIONES .....	35
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	36
XII	Anexos .....	37
	Anexo N° 1:.....	37

## **I. Introducción**

La obstetricia ha sido motivo de especial preocupación entenderla con criterio integral, abarcando desde las medidas de fomento para la salud, la medicina preventiva, hasta el dominio de los conocimientos y tecnología sofisticada en beneficio a los intereses del binomio madre-feto, ya que la reproducción humana es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no es tan exitoso como alguna vez se pensó.

Las complicaciones obstétricas se refieren a trastornos y disrupciones sufridos durante el embarazo, parto y trabajo de parto, así como en el periodo (neonatal) inicial, Es probable que menos de la mitad de todas las concepciones se pierdan antes de que incluso se reconozca el embarazo. Otro 15 a 40% se pierde en el primer trimestre debido a alguna complicación que se da en este proceso.

Es por esta razón que nace el interés de realizar una investigación donde se estudie las Complicaciones obstétricas de las embarazadas con alto riesgo que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay en el cual se planteó un objetivo general donde se reconocerán las complicaciones que presentan dichas pacientes, de igual forma se plantearon tres objetivos específico donde se caracterizaran las condiciones sociodemográficas de las embarazadas, de igual forma se identificaran los factores de riesgo y se describirá las complicaciones obstétricas que presenta cada una de ella.

Este estudio se realizó en un tiempo determinado de enero \_ octubre 2019; con un universo de 208 y una muestra de 24 embarazadas las cuales se clasificaron de forma probalística donde todas tuvieron oportunidad de ser seleccionadas.

En nuestro municipio son pocos los casos de pacientes embarazadas que presentan complicaciones, pero por medio de este estudio hemos identificado y clasificado las siguientes complicaciones: Amenaza parto pre-termino, Síndrome hipertensivo gestacional, Ruptura prematura de membranas, Placenta previa, y Hemorragia pos parto

## II. Antecedentes

### 2.1 Antecedentes Mundiales

Según el estudio publicado en la **Revista Gineco Obstétrica por Merlo G., (México-2017)**, **plantea** que las complicaciones obstétricas son las principales causas de muerte materna en países en vía de desarrollo como Estados Unidos; también es responsable del 18% de muertes maternas y son la segunda causa de muerte en México. España está dentro de las tres causas más importantes de mortalidad materna junto a enfermedades previas, ya que la tasa de muerte materna en Europa es de 5-9% y del 12-13% en México. **(p. 23)**

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones obstétricas que la mujer adulta, tales como: preeclampsia, eclampsia, partos pre términos y hemorragia postparto, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida, imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra. **(Gutiérrez J, 2008, p. 35-88).**

**Emmanuel B, Robert J. & Gauthier M. (Canadá- 2000)**, del departamento de Obstetricia y Ginecología de la facultad de medicina, del centro de investigación del hospital universitario de Sainte Justine, de Montreal, Canadá, de un total de 1,768 mujeres; 1323 (74.8%) presentaron un periodo intergenésico mayor de 24 meses, 257 (14.5%) con periodo intergenésico de 18 a 23 meses y 188 (10.6%) con periodo intergenésico menor de 18 meses. La frecuencia de ruptura uterina fue de 1.3%, 1.9% y 4.8% respectivamente, se concluyó que un periodo intergenésico corto menor de 18 meses, pero no entre 18 y 24 meses, podría ser considerado como un factor de riesgo para presentar ruptura uterina. **(p20)**

## 2.2 Antecedentes Regionales

Estudio realizado Ambulatorio de Caburé (**Petit-Venezuela, 2018**) de las complicaciones obstétricas: un 25% presento infección del tracto urinario, 20% infección vaginal, 7,5 % preeclampsia-eclampsia, 7,5% anemia, un 5% oligoamnios y amenaza de aborto. El 72.5% de la muestra presentó un riesgo obstétrico moderado, 17.5% presentaron bajo riesgo, y el 10% alto riesgo. Entre las cuales se destacan infección del tracto urinario, infección vaginal, preeclampsia-eclampsia, anemia, parto pre término. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/331928285\\_Complicaciones\\_Obstetricas\\_en\\_Pacientes\\_que\\_Acuden\\_al\\_Ambulatorio\\_de\\_Cabure\\_Municipio\\_Petit\\_Estado\\_Falcon\\_Marzo-Agosto\\_2018](https://www.researchgate.net/publication/331928285_Complicaciones_Obstetricas_en_Pacientes_que_Acuden_al_Ambulatorio_de_Cabure_Municipio_Petit_Estado_Falcon_Marzo-Agosto_2018). (pq 36)

En Cuba, el parto prematuro constituye el principal problema obstétrico, en el año 2000 entre el 8 y 9% de los nacimientos están representados por los prematuros, y estos constituyen el 75% de la mortalidad perinatal. [monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro](http://monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro)

**Ramos y cols (2007- 2008)**, estudiaron la incidencia de la histerectomía obstétrica absoluta en el Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO) del Instituto Materno Infantil Del Estado de México correspondió a 1.26 por cada 1,000 nacidos vivos. Las indicaciones pre quirúrgicas más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron atonía uterina (33.3%) y acretismo placentario (28.6%). Los diagnósticos histopatológicos reportados con mayor frecuencia fueron placenta acreta (28.6%), seguido por miometritis (23.8%) y placenta increta (14.3%). (pg13)

### **2.3 Antecedentes Nacionales**

De acuerdo a estudio realizado por **Navas Molina, Stephanie y Guzmán Sevilla, en (Waslala, Matagalpa, Enero a Diciembre 2016)** sobre el Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” se registran entre (2000-2019), 1,169 muertes maternas, encontrándose Matagalpa dentro de los cinco SILAIS más afectados con el 14.50%. Siendo la hemorragia posparto y el síndrome hipertensivo gestacional las primeras dos causas de muerte. La presente investigación pretende determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las complicaciones obstétricas presentadas en el hospital primario Fidel ventura del municipio de Waslala departamento de Matagalpa en el período de enero a diciembre 2016. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo que abordó 86 casos de complicaciones obstétricas encontrándose que la mayoría de las pacientes eran de 20 a 34 años, amas de casa, en unión estables, con educación primaria y de procedencia rural.

**Gutiérrez F. (2015)** realizó en el HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE un estudio descriptivo de corte transversal donde se estudiaron 24 pacientes a las que se le realizó histerectomía obstétrica, con una incidencia de 2.16 por cada 1000 partos siendo la indicación más frecuentes la atonía uterina, seguido del acretismo placentario en tercer lugar las endometriitis y la complicación más frecuente que se presentó fue el Shock hipovolémico, seguido de lesiones vesicales

**(En el año 2003 Lenin Santamaría residente del IV de Ginecología y Obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paíz)** concluye que el Síndrome Hipertensivo Gestacional se presenta más frecuente en mujeres de 20 a 29 años de edad, primigestas, de procedencia urbana, sin controles prenatales o realizados de manera insuficiente, y con embarazos de término o muy cercanos al término. Además reporta que el porcentaje global de cumplimiento del protocolo de manejo del síndrome hipertensivo gestacional en este hospital fue del 56.5 %, siendo los parámetros de más bajo cumplimiento el de criterios diagnósticos y medidas generales y el de mayor cumplimiento el de tratamiento farmacológico, observándose una baja proporción de complicaciones materno- fetales.

### **III. Justificación**

A nivel nacional la Hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna, seguida de la preeclampsia y el puerperio patológico; siendo las dos primeras complicaciones obstétricas. Lo cual representa un problema de salud público y de impacto social; ya que una familia sin madre sufre una crisis para normativa, alterando el adecuado desarrollo de los integrantes de la misma.

En los objetivos del milenio se plantea disminuir las causas de muerte materna y neonatal, las cuales son resultados de complicaciones obstétricas. Al detectar los factores de riesgo implicados podemos intervenir en la modificación de estos y contribuir al mejoramiento de la salud materna fetal desde el primer nivel de atención a través de los controles prenatales.

Las complicaciones obstétricas se pueden producir en el embarazo, parto y post parto; por lo que el personal que brinda la atención debe estar capacitado y entrenado para detectar estas alteraciones, y si bien antes detectamos factores de riesgo relacionados como la anemia, infección de vías urinarias e ITS, obesidad, Hipertensión arterial crónica, entre otros; podemos definir donde se producirá el parto para evitar complicaciones o tener las condiciones adecuadas para manejar estas y preservar la vida materna y fetal.

#### **IV. Planteamiento Del Problema**

Las complicaciones obstétricas son muy frecuentes en nuestra unidad de salud, la mortalidad materna y neonatal constituye uno de los principales problemas de salud y sobre todo tiene una repercusión trascendental en la vida de los niños y su familia, lo cual no está lejos de nuestra realidad. La muerte de una madre o su hijo es de gran impacto en la familia por la relevancia y el papel que juega una madre en la sociedad; por este motivo nos planteamos la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas con alto riesgo del HP Dr. UMA del Municipio del municipio de San Juan de Limay de enero a octubre 2019?**



## **V. Objetivos**

### **5.1 Objetivo General**

- Reconocer las complicaciones obstétricas de las embarazadas con alto riesgo que acuden al Hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello del municipio de San Juan de Limay de enero- octubre 2019.

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar condiciones socio-demográficas de las pacientes embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas.
- Identificar factores de riesgo obstétrico en pacientes embarazadas de alto riesgo.
- Describir complicaciones obstétricas más frecuentes que presentan las embarazadas de alto riesgo.

## **VI. Marco teórico**

### **6. Complicaciones Obstétricas:**

#### **6.1. Concepto:**

Se refiere a disrupciones y trastornos en el embarazo, parto y el trabajo de parto así como el periodo neonatal inicial.

Las causas de que en el embarazo se presenten ciertas complicaciones obstétricas responde a un complejo problema de salud pública. Estas se derivan de la interacción entre factores económicos, el acceso y la calidad de vida, creencias y costumbres que rigen en el comportamiento de las familias. Las complicaciones obstétricas ponen en peligro la salud de la madre y del neonato, al extremo que no solo pueden ocasionar discapacidades de por vida, si no la muerte materna, del recién nacido o de ambos.

#### **6.2. Factores de riesgo relacionados:**

Durante el embarazo el estado nutricional de la gestante tiene que ser objeto de constante observación principalmente por la posible deficiencia de micros nutrientes como el ácido fólico y el hierro ya que se sabe que la deficiencia de ácido fólico se vincula con defectos del tubo neural (DNT) y la anemia por deficiencia de hierro.

Las infecciones durante el embarazo son otra condición sanitaria clave que es esencial controlar. Se destaca en primer lugar las infecciones vías urinarias (IVU) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). La relación entre la IVU y parto prematuro se ha establecido sobre la base de estudios clínicos. Estudios indican que el parto prematuro y la ruptura prematura de membranas (RPM) son desencadenadas por microorganismos presente en el aparato genital gestante. •**Enfermería actual.com/listado-de-diagnósticos-nanda (pg28)**

##### **6.2.1. La edad:**

Embarazo adolescente: Las adolescentes embarazadas tienen mayor probabilidad de desarrollar anemia, presión arterial alta y parto prematuro que mujeres mayores. Además, pueden estar más expuestas a enfermedades de transmisión sexual, a infecciones y a falta de cuidados prenatales.

Primer embarazo luego de los 35 años de edad: La mayor parte de las mamás primerizas mayores tienen embarazos normales, pero estudios demuestran que tienen mayor probabilidad de sufrir: cesárea, hemorragia post parto, labor de parto prolongado o un bebé con algún tipo de trastorno genético.

### **6.2.3 El estilo de vida:**

**Consumo de alcohol:** El alcohol que se consume durante el embarazo llega directamente al bebé por medio del cordón umbilical. Las consecuencias son: aborto espontáneo, muerte fetal, defectos congénitos, trastornos alcohólicos fetales que hacen que el bebé sea de baja estatura, tenga rasgos anormales, sea de bajo peso, tenga hiperactividad, discapacidad intelectual, o problemas en la visión o en la audición.

**Fumar:** Fumar en el embarazo expone al feto a un parto prematuro, a defectos de nacimiento y a padecer muerte súbita. El uso de drogas también es excesivamente peligroso para el bebé.

### **6.2.4. Condiciones De Salud Persistente:**

**Presión arterial alta:** Aunque muchas mujeres con presión alta no tienen dificultades en el embarazo (por estar correctamente controladas y asesoradas), si no se controla este factor, puede desencadenar preclamsia, bajo peso al nacer o problemas en los riñones de la mamá.

### **Obesidad En El Embarazo:**

Es un trastorno metabólico crónico causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía que resulta de una cantidad excesiva de tejidos adiposos, el cual se almacena en forma de triglicéridos.

### **Etiología:**

Se sabe que las implicaciones a corto y largo plazo van mucho más allá del periodo de gestación, por lo tanto, su abordaje no solo se limita al embarazo, actualmente las mujeres jóvenes son cada vez más propensas a iniciar un embarazo con obesidad pre concepcional.

Iniciar un embarazo con IMC pre concepcional alto está asociado a resultados adversos del embarazo, incluido el aumento de las tasas de cesárea, macrostomia fetal y parto vaginal prolongado o complicado junto con un mayor riesgo de mantenerse en sobrepeso u obesidad después del parto en las madres. Las madres con obesidad tienen el más triple de riesgo de desarrollar DMG, también son propensas a tener niveles más altos de glucosa, que no superan el punto de corte para diagnóstico de la diabetes gestacional.

**Diabetes:** Antes de quedar embarazada, la mujer que tenga diabetes debe controlar su nivel de azúcar en sangre, ya que, si es alto, se pueden generar defectos en las primeras semanas del embarazo.

#### **6.4.1 Condiciones del embarazo:**

**Embarazo múltiple:** El embarazo de gemelos, mellizos, trillizos o más, aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso, cesárea y dificultades respiratorias en los bebés.

**Diabetes gestacional:** Es el tipo de diabetes que se desarrolla por primera vez, en el embarazo. Si ésta se controla correctamente mediante dieta y tratamiento médico adecuado, el embarazo transcurrirá sin problemas, pero si no se controla, puede desencadenar preeclampsia, hipertensión arterial o parto prematuro.

**Anemia:** Es la deficiencia de hierro y se define por disminución en la producción de glóbulos rojos con disminución en los depósitos corporales de hierro, aumento de las contracciones de hemoglobina. El espectro de la deficiencia del hierro varía desde la pérdida hasta la eritropoyesis deficiente cuando el transporte almacenamiento, hierro funcional son bajos.

La anemia afecta a casi toda la mitad de las embarazadas en el mundo. Es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y por lo tanto uno de los problemas de salud pública más grave a escala mundial, es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas y es un hecho que las pacientes tienen niños prematuros o con peso bajo al nacer, la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad.

## **6.5. ITS (Infecciones De Transmisión Sexual):**

Son aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para los que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión.

Las ITS son un problema de salud pública principalmente en países de vía de desarrollo. Los mecanismos de transmisión son complejos y ligados a grupos con prácticas de riesgo, a través del contacto sexual sin protección. En el embarazo estas infecciones afectan la unidad feto placentaria llevando a complicaciones como parto pre término, ruptura prematura de membrana y recién nacido de bajo peso e incluso maternas como corio amnionitis e infección puerperal. **Luna A, Cordero L (2010) salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna (pg. 54)**

### **Infecciones De Vías Urinarias**

#### **Definición:**

Ciertas características de la mujer y las modificaciones fisiológicas del embarazo sobre el aparato urinario, son los principales factores que la predisponen a sufrir una infección urinaria. El traslado de gérmenes hasta la uretra se produce por simple acción mecánica; el reflujo vesical uretral durante la micción favorece el traslado de gérmenes hacia los uréteres, hasta llegar a los orificios renales. Otra vía de contaminación infrecuente, es la descendente donde los gérmenes pueden alcanzar los riñones por vía hemática o linfohemática.

#### **Consecuencias:**

La infección de vías urinarias en embarazadas al momento del parto, es uno de los factores de riesgo más importantes que lleva a sepsis neonatal.

### **Clasificación:**

- **IVU ASINTOMATICA:** La infección está presente pero no hay síntomas.
- **IVU SINTOMATICA:** con sintomatología leve: presencia de disuria, polaquiuria, urgencia, dolor abdominal, bajo o supra púlica. Con sintomatología severa: presencia de fiebre, escalofríos, dolor lumbar, disuria, polaquiuria, urgencias, náuseas y vómitos.

### **6.5.5. Epidemiología:**

El síndrome hipertensivo gestacional es otra causa de muerte materna ya que ocasiona convulsiones y estas están relacionadas con enfermedades cerebrales. Esta puede ser resultado de la carencia de calcio o de la exposición a infecciones durante el embarazo. Cuando se manifiesta en el último trimestre de la gestación, llevando al desarrollo de una complicación obstétrica de alta letalidad para la madre. La muerte por Pre eclampsia o presencia de hipertensión arterial y proteína en la orina que se desarrolla después de la vigésima semana aun después de ser prevenidas mediante monitoreo durante el embarazo y el tratamiento con sulfato de magnesio, si es grave.

Entre los factores asociados a la aparición de complicaciones obstétricas se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno relacionado con las condiciones biológicas de la madre y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social como la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención medica recibida

Según OMS (2006-2011) en estados unidos la tasa anual de nacimientos pre términos fue de 12.8 % y 11.7% siendo casi el doble de la tasa de países europeos.

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el trabajo de parto, puerperio y periodo neonatal inicial, las cuales de no ser atendidos por personal capacitado y en condiciones adecuadas podrían condicionar la muerte materna, fetal y neonatal.

Según censo gerencial de embarazadas del hospital primario Dr. Uriel Morales Arguello las complicaciones obstétricas que se dan con más frecuencia son:

- Síndrome Hipertensivo Gestacional. (SHG)
- Rotura Prematura de Membranas. (RPM)
- Hemorragia post parto. (HPP)
- Amenaza de parto pre termino (APP)

## 6.6 Principales complicaciones obstétricas durante el embarazo

### 6.6.1. Síndrome Hipertensivo Gestacional

#### Definición:

Es el conjunto de estados patológicos que ocurre en el embarazo o puerperio con una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm /hg, pueden ser clasificadas en 4 categorías:  
<https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/she>

**6.6.2. • Pre eclampsia-Eclampsia:** La Pre eclampsia es una enfermedad hipertensiva específica del embarazo que ocurre después de las 20 semanas de gestación, es la aparición de hipertensión más proteinuria y la posible presencia de una convulsión generalizada

**6.6.3. • Hipertensión arterial crónica:** Se define como la elevación de presión arterial que precede a la concepción o que se detecta antes de las 20 semanas de gestación se observa en el 1% al 5% de embarazos. Esta se asocia a resultados perinatales adversos incluyendo el aumento en la incidencia Pre eclampsia agregada hasta en el 25.9%, aumento en el número de cesáreas, partos pre-términos, ingresos a cuidados neonatales y muerte perinatal.

**6.6.4. • Hipertensión arterial crónica con Preeclampsia agregada:** Aparece después de las 20 semanas de gestación en una paciente, hipertensa crónica, esta puede complicar las formas de hipertensión crónica y sus incidencias es 4 a 5 veces más común que en paciente embarazadas sin antecedentes de hipertensión arterial crónica.

**6.6.5. • Hipertensión Gestacional:** Se caracteriza por la elevación de P/A después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria, la hipertensión gestacional a pesar de ser una entidad transitoria, puede ser signo de hipertensión arterial crónica futura, si la P/A no se normaliza 12 semanas después del parto, se requiere cambiar el Ox a hipertensión crónica.

### **6.6.6. Recomendaciones**

El sulfato de magnesio es el fármaco de elección para la prevención y tratamiento de la eclampsia en Pre eclampsia grave.

La fenitoína y el benzodiazepina no deben usarse.

### **6.6.7. Tratamiento:**

La Pre eclampsia continúa siendo una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna a nivel mundial. Se debe tomar en cuenta que a pesar de que la Preeclampsia es una enfermedad multi orgánica y multi sistémica, la causa principal de muerte materna son los eventos cerebrovasculares. Se ha visto una clara relación entre la presión arterial y eventos adversos cerebrovasculares, la hipertensión arterial descontrolada es la causa de hemorragia cerebral. Es por esto fundamentalmente el control de las cifras tensionales.

### **6.6.8. Fármacos:**

- Labetalol: (bloquea receptores alfa y beta causando vasodilatación, se utiliza de forma prolongada 200mg VO)
- Nifedipina: (Bloqueador y vasodilatación, se usa de forma prolongada en crisis hipertensivas 20mg VO)
- Alfametildopa: (Agonista, solo para uso crónico 500mg VO).
- Hidralazina: (Vasodilatador periféricos se usa de forma prolongada o en crisis hipertensiva



## **6.7. Ruptura Prematura De Membranas:**

### **6.7.1. Definición**

Un tercio de los nacimientos prematuros se asocia a la presencia de un RPM lo que ha constituido un problema de salud pública, el manejo será determinado por la edad gestacional, presencia de infecciones, desprendimiento placentario, labor de parto accidente del condón umbilical o pérdida del bienestar fetal.

La ruptura prematura de membrana es la solución de continuidad de membranas ovulares antes del inicio del trabajo del parto con salida de líquido amniótico que ocurre 6 horas o más antes del inicio del parto.

La causa de una ruptura es multifactorial y varía con la edad gestacional, mientras más lejana al término, mayor asociación con la infección del canal y decidua también puede deberse a una amplia variedad de mecanismo patológico.

**<https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/ruptura-prematura-de-las-membranas-antes-de-hw221349>**

### **6.7.2. Clasificación:**

- RPM al término: la que ocurre luego de las 37 semanas de gestación.
- RPM pre termino: si ocurre antes de las 37 semanas, su manejo estará determinado para la edad gestacional, la presencia o no de infecciones o condiciones que pongan en riesgo la vida de la madre o del feto.

### **6.7.3. Factores de riesgo:**

1. Problemas socioeconómicos.
2. Infecciones de transmisión sexual (ITS).
3. Antecedentes de parto pre término.
4. Infecciones de vías urinarias.
5. Bajo peso.
6. Antecedentes de ruptura de membrana.
7. Hemorragias.
8. Desnutrición.
9. Tabaquismo.
10. Enfermedades pulmonares.

### **6.7.4. Diagnóstico:**

Salida del líquido transvaginal, se realiza examen físico, así como examen con espéculos estéril, asepsia y antisepsia, se evalúa dilatación cervical y borra miento, se realiza prueba de absorción en helecho (cristalografía) o una prueba con papel de nitrazina, una ecografía y las pruebas de laboratorio respectiva, también se debe realizar un diagnóstico diferencial.

### **6.7.5. Tratamiento:**

Se debe corroborar edad gestacional, vitalidad fetal y la presentación, comprobar ruptura de membranas, se realiza dosis de cargas de antibióticos con ampicilina 2 g IV stat, se le ingresa a la sala de alto riesgo obstétrico, control de S/V C/8 hrs, valoración de actividad uterina y FCF, se realiza examen de laboratorio, si las condiciones no son favorables se debe realizar una maduración cervical luego se inicia antibiótico profiláctico con penicilina cristalina para prevenir.

## **6.8 Amenaza De Parto Pre-Termino (App):**

### **Definición**

Un parto pre término es el nacimiento de un bebe antes de las 37 semanas de gestación. El parto pre término presenta no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y aporta una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo. ( **Revista Médica MD. 2013\_ 2014 (4):233-238) (pq 24\_26)**

### **El parto pre término puede ser:**

Parto espontaneo (50%) por rotura prematura de membranas en pre término (30%) por intervención del personal salud (20%).

La morbilidad a largo plazo, tales como el deterioro neuroconductual son inversamente proporcionales a la edad gestacional al nacer. Los bebes nacidos antes de las 24 SG rara vez sobreviven sin discapacidades graves.

### **Definición:**

La amenaza de parto pre término es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistente con una frecuencia de 4 a 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 30cm entre las 22 y 36 semanas y 6 días de gestación.

El parto pre término es el que ocurre entre las 22 y 36 SG y 6 días.

### **Clasificación:**

- Amenaza de parto pre término.
- Trabajo de parto pre término.

## **Etiología:**

Puede ser categorizado en tres entidades clínicas:

- ❖ Parto pre término espontaneo con membranas íntegras: inicio espontaneo de contracciones uterinas
- ❖ Parto pre término asociado a rotura prematura de membranas: inicio del trabajo del parto luego de la rotura de membranas.

## **Factores de riesgo:**

Causas que puedan desencadenar mayor riesgo de parto pre término:

- ✓ Infecciones cérvico vaginales y periodontales.
- ✓ Infecciones genito-urinarias.
- ✓ SHG
- ✓ RPM ovular.
- ✓ Enfermedades agudas o crónicas.
- ✓ Sangrado ante parto.
- ✓ Edad materna avanzada.
- ✓ Gestación múltiple.
- ✓ Polihidramnios bacteriuria asintomática.
- ✓ Diu concomitante con el embarazo.
- ✓ Longitud del cérvix menor de 20.
- ✓ Permanencia de pie mayor de 2 horas.
- ✓ Sobre peso y obesidad.
- ✓ Estrés (laboral, psicosocial).
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Drogadicción.
- ✓ Traumas (golpes, caídas, coitos bruscos, desaceleraciones).
- ✓ Parto pre término previo hasta 35 SG
- ✓ Antecedentes de isquemia placentarias.
- ✓ Antecedentes de incompetencia cervical.

- ✓ Antecedentes de RPM en embarazo anterior.

### **Diagnóstico:**

Los pilares fundamentales son:

- Edad Gestacional.
- Características de las contracciones uterinas.
- Estado del cuello uterino (longitud cervical de 20mm).

### **Síntomas:**

Sensación de peso en hipogastrio puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no en la región lumbosacra.

### **6.8.9 Signos:**

- Salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente, también hay modificaciones cervicales con dilatación menor de 3cm.
- Presencia de contracciones uterinas regulares (dos o más contracciones en 10 minutos) más de seis en una hora.

### **Tratamiento:**

- Reposo relativo.
- Ingesta de líquido a demanda.
- Ingerir alimentos líquidos en fibras.
- Tratar la causa del APP.
- Nifedipina de acción rápida (indicar como tratamiento de mantenimiento, no utilizar nifedipina sublingual por sus efectos adversos).

## **6.9 Hemorragia posparto (HPP)**

Es la excesiva hemorragia después del nacimiento. Con una pérdida de sangre de más de 500 ml como “HPP” y pérdida de sangre más de 1000ml como “HPP SEVERO “.

Sin embargo, medir la pérdida exacta de sangre es difícil, si no imposible; una definición más clínicamente útil podría ser cualquier pérdida de sangre que cause un cambio fisiológico (por ejemplo: hipotensión) que amenaza la vida de la mujer.

Una mujer sana con una hemoglobina de 12g/ml que pierde 500ml de sangre podría no sufrir consecuencia sin embargo, una mujer con una hemoglobina de 6g/ml puede caer en un trauma que amenace su vida por pérdida de sangre provocando un shock hipovolémico. Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, **Ministerio de salud, Normativa 109, Managua, Nicaragua, octubre 2018 (pq46).**

### **6.9.1 Contribución de HPP a la mortalidad materna**

La organización mundial de la salud (OMS) estima que casi 515,000 mujeres mueren de complicaciones en el embarazo y parto cada año. (OMS 2001), sin embargo, cuando una madre muere hay un aumento decuplo del riesgo de muerte para su recién nacido.

Una mujer puede morir dentro de las dos primeras horas después del inicio de la HPP si ella no recibe el tratamiento apropiado; cabe destacar que esta es la causa directa más importante de muertes maternas en países en vías de desarrollo con aproximadamente 14 millones de casos de hemorragia relacionadas con el embarazo cada año. (OMS 1998)

### **6.9.2. Causas de la HPP-,**

**Atonía uterina:** los músculos uterinos no se contraen tras la expulsión de la placenta, lo que impide que puedan cerrarse los vasos sanguíneos situados en la zona

**Desgarro del canal del parto:** en partos difíciles se puede producir traumatismo y laceraciones, por lo que es importante la revisión de este tras el nacimiento del bebé. Un sangrado excesivo y de color rojo brillante puede ser signo de la existencia de desgarro.

**Retención de restos placentarios:** residuos de la placenta pueden quedar adheridos a la pared del útero, y se produce hemorragia porque este no se contrae para evitarla. Para expulsar todo el resto se administra oxitocina.

**6.9.3. Factores riesgo para hemorragia pos parto:**

- ✓ Cicatrices uterinas previas
- ✓ Edad materna mayor de 35 años
- ✓ Polihidramnios
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Multiparidad
- ✓ Malnutrición materna
- ✓ Anemia materna
- ✓ Legrados uterinos previos
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Traumatismo abdominales

**6.9.4. Tratamiento de hemorragia pos parto:**

- ✓ Extracción de los restos placentarios
- ✓ Uterotónicos (por ejemplo: oxitocina, prostaglandina, metilgonovina)
- ✓ Reposición de líquidos y a veces transfusión
- ✓ A veces, procedimientos quirúrgicos

## **VII. Diseño metodológico.**

**Área de estudio:** Hospital Dr. Uriel Morales Arguello

**Periodo:** Enero- octubre 2019

**Enfoque:** Estudio Cuantitativo.

**Tipo de estudio:** Descriptivo.

**Universo:** 208 embarazadas entre las edades de 15-35 años

**Muestra:** Representada por 24 pacientes embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas

**Tipos de muestra:** Probabilístico.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes dentro del periodo de estudio que se complicaron.
- Pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas.
- Pacientes atendidas el hospital HPUMA

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes embarazadas sin complicaciones obstétricas.
- Pacientes embarazadas con complicaciones atendidas fuera del periodo de estudio.

### **Fuente de información**

Ficha de recolección de datos llenado con el apoyo de expediente clínico y censo de embarazadas, así como libro de parto del HPUMA.

### **Método o instrumento de recolección de datos.**

Se construyó una ficha de recolección de datos que contenía las variables de interés de nuestro estudio la cual se llenaron con apoyo del expediente clínico, censo gerencial de embarazadas, libro de partos.



**Objetivo N°1: Caracterizar Condiciones Socio Demográficas De Las Pacientes Embarazadas Que Presentaron Complicaciones Obstétricas.**

<u>Variables</u>	<u>Definición</u>	<u>Indicador</u>	<u>Escala</u>
Edad	Número de años cumplidos después de su nacimiento al momento de estudio	Años cumplidos referidos por el paciente	14 a mayor de 45 años
Estado Civil	Relación o condición respecto a la pareja al momento de estudiar	Expediente Censo Paciente	Soltera Casada Unión Estable
Escolaridad	Nivel de estudio alcanzando al momento de estudio	Nivel de estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Universitario Técnico
Ocupación	Situación laboral referida por la presente	Actividad que realiza	Ama de casa Comerciante Otros
Religión	Preferencia de religión o asistencia a un tipo de iglesia	Iglesia o religión de preferencia	Católico Evangélico Musulmán Otros

**Objetivo N°2 Identificar factores de riesgo obstétrico en pacientes embarazadas de alto riesgo.**

<b><u>Variables</u></b>	<b><u>Definición</u></b>	<b><u>Indicador</u></b>	<b><u>Escala</u></b>
<b>ITS</b>	son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual y de la madre al hijo	Expediente Censo Paciente	6 pacientes
<b>Anemia</b>	Es la deficiencia de hierro y se define por disminución en la producción de glóbulos rojos	Expediente Censo Paciente	4 pacientes
<b>Obesidad</b>	Paciente con mucha acumulación de grasa o aumento de peso.	Expediente Censo	IMC Mayor de 30
<b>Diabetes</b>	La mujer que tenga diabetes debe controlar su nivel de azúcar en sangre, ya que, si es alto, se pueden generar defectos en las primeras semanas del embarazo.	Expediente censo	3 pacientes

**Objetivo: 3 describir complicaciones obstétricas más frecuentes que presentan las embarazadas**

<b><u>Variables</u></b>	<b><u>Definición</u></b>	<b><u>Indicador</u></b>	<b><u>Escala</u></b>
HPP	Pérdida de más de 500ml de sangre en el parto o después de este	Expediente	1 – 3 embarazadas
SGH	Presencia de hipertensión arterial en una embarazada	Expediente	Más de tres embarazadas
Parto pre terminó	Partos antes de la fecha indicada	Expediente	Mayoría de embarazadas
RPM	Perdida de líquido antes de tiempo	Expediente	Más de tres embarazadas.

---

## VIII. Desarrollo del tema.

### *Características sociodemográficas de las embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas*

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
15-19	6	25
20_24	9	38
25_29	5	20
30_35	4	17
Total	24	100
<b>Procedencia</b>		
Urbana	10	42
Rural	14	58
Total	24	100
<b>Estado civil</b>		
Solteras	2	9
Casadas	14	58
Unión de hecho	8	33
Total	24	100
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	5	20
Profesional	3	14
Ama de casa	16	66
<b>Total</b>	24	100

**Fuente: Expediente clínico**

De acuerdo a las características sociodemográficas de las pacientes embarazadas que presentan complicaciones obstétricas podemos identificar que el 38% (9) tenían de 20-24 años, 6(25%) de 15\_19, 5 (20%) asilan entre la edad de 25\_29 y 4 con (17%) de 30\_35 años; De acuerdo a la procedencia 14 del (58%) son del área rural y 10 del (42%) del área urbana; según el estado civil 14 (58%) son casadas, 8 (33%) se encuentran en una unión de hecho y 2 (9%) son solteras. Conforme a la ocupación de las pacientes 16 (66%) son ama de casa 5(20%) aun estudian y 3 del (14 %) son profesionales.

**Tabla N° 2 Edad según estado civil de las embarazadas que presentaron complicaciones**

Edad	Unión de hecho		Casadas		Solteras		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15_19	5	20	0	0	2	8	7	29
20_24	0	0	6	25	0	0	6	25
25_29	1	4	3	13	3	13	7	29
30_35	0	0	2	8	2	8	4	16
Total	6	24	11	46	7	29	24	100

**Fuente: expediente clínico**

Al relacionar la edad con el estado civil encontramos que 5 (20%) y 1 (4%) se encuentran en unión de hecho y asilan entre la edad de 15\_19 y 25\_29 años respectivamente, sin embargo 6(25%) y 3 (13%) son casadas y asilan entre la edad de 20\_24 y 25\_29 años. sin aviar que 3 (13%) y 2 (8%) son solteras y corresponden a la edades de 25\_29, y 15\_19años.

**Tabla: N° 3 Edad según ocupación de las embarazadas que presentaron complicaciones.**

Edad	Ama de casa		Estudiante		Profesional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15_19	2	8	2	8	0	0	4	16
20_24	0	0	2	8	2	8	4	16
25_29	5	21	1	4	5	21	11	46
30_35	5	21	0	0	0	0	5	21
Total	12	50	5	20	7	29	24	100

**Fuente: expediente clínico**

Según la edad y ocupación de la embarazadas se puede observar que 5 (21%) tienen 30\_35 años y 5(21%) en edades de 25\_29, de igual manera 2 (8%) entre 15\_19 años son ama de casa, también se determinó que 2 (8%) tienen 15\_19, también 2 (8%) entre 20\_24 años y 1 (4%) 25\_29 son estudiantes, 5 (21%) de 25\_29 y 2 (8%) son profesionales.

**Tabla N° 4 Edad según procedencia de las embarazadas que presentaron complicaciones.**

Edad	Urbana		Rural		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15_19	4	17	4	17	8	33
20_24	0	0	5	21	5	21
25_29	3	12	3	12	6	25
30_35	3	12	2	9	5	21
Total	10	41	14	59	24	100

**Fuente: expediente clínico**

Según la edad y procedencia se identificó que 4 (17%) tienen de 15\_19 años, 3 (12%) 25\_29, 3 (12%) 30\_35 procedentes del área urbana y 5 (21%) 20\_24, 4(17%) 15\_19, 3 (12%) 25\_29 años y 2 del (9%) son del área rural.

**Tabla N°5 Factores de riesgo de pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas.**

Factores de riesgo	N°	%
Edad	4	16
Obesidad	5	20
Anemia	4	17
ITS	8	33
Diabetes	3	13
Total	24	100

**Fuente: expediente clínico**

De acuerdo a los factores de riesgo 3 (33%) la ITS y 4 (16%) determinan la edad y , 5 20(%) la obesidad, 4 (17%) la anemia y 3 (13%) la diabetes.

**Tabla N° 6 factores de riesgo según edad de pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas**

Factores de riesgo	15_19		20_24		25_29		30_35		Total	N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>Edad</b>	0	0	0	0	0	0	7	29	7	29	
<b>Obesidad</b>	0	0	0	0	3	13	0	0	3	13	
<b>Anemia</b>	5	20	0	0	0	0	0	0	5	20	
<b>ITS</b>	6	25	0	0	0	0	0	0	6	25	
<b>Diabetes</b>	0	0	3	13	0	0	0	0	3	13	
<b>Total</b>	11	45	3	13	3	13	7	29	24	100	

**Fuente: expediente clínico**

En relación a los factores de riesgo y la edad 7 (29%) oscilantes en 30\_35 años consideran la edad como un factor de riesgo, 6 (25%) y 5 (20%) correspondientes de 15\_ 19 las ITS y anemia respectivamente, de 3 (13%) 20\_24 años la diabetes de igual forma 3 (13%) en edades de 25\_29 la obesidad.

**Tabla N° 7 factores de riesgo según procedencia de embarazadas con complicaciones obstétricas**

Factores de riesgo	Urbana		Rural	N°	Total	N°	%
	N°	%	%				
Edad	2	8	3	13	5	21	
Obesidad	3	13	1	4	4	16	
Anemia	2	8	1	4	3	13	
ITS	2	8	4	16	6	25	
Diabetes	3	13	3	13	6	25	
Total	12	50	12	50	24	100	

**Fuente: expediente clínico**

De acuerdo los factores de riesgo según la procedencia 4 (16%) del área rural identifica la ITS, 3 (13%) la edad, 3 (13%) diabetes, 1 (4%), obesidad y 1(4%) anemia; 3 (13%) obesidad, 3 (13%) diabetes, 2 (8%) anemia, 2 (8%) edad 2 (8%) ITS , todas estas del área urbana.

**Tabla N° 8factores de riesgo según ocupación de embarazadas con complicaciones obstétricas.**

Factores de riesgo	Ama de casa		Estudiante		Profesional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad	0	0	0	0	3	13	3	12
Obesidad	2	8	2	8	2	8	6	25
Anemia	0	0	2	8	0	0	2	8
ITS	4	17	3	13	0	0	7	29
Diabetes	2	8	1	4	3	13	6	25
Total	8	33	8	33	8	34	24	100

**Fuente: expediente clínico**

En relación a los factores de riesgo y ocupación 4 (17%) ITS, 2 (8%) obesidad, 2 (8%) diabetes son ama de casa, 3 (13%) ITS 2 (8%) anemia, 2 (8%) obesidad 1 (4%) diabetes las cuales son estudiantes, 3 (13%) edad, 3(13%) diabetes, 2 (8%) todas estas son profesionales.



**Tabla N° 9 factores de riesgo según estado civil de embarazadas con complicaciones obstétricas**

Factores de riesgo	Unión estable		Casadas		Solteras		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad	0	0	2	8	0	0	2	8
Obesidad	2	8	0	0	0	0	2	8
Anemia	0	0	0	0	3	13	3	13
ITS	3	13	3	13	4	17	10	42
Diabetes	3	13	2	8	2	8	7	29
Total	8	33	7	29	9	38	24	100

**Fuente: expediente clínico**

Conforme los factores de riesgo y el estado civil de las pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas 4 (17%) presentan ITS, 3 (13%) anemia, 2 (8%) diabetes las cuales son solteras, 3 (13%) ITS, 2 (8%) diabetes, 2 (8%) edad, son casadas; 3 (13%) diabetes, 3(13%) ITS, 2 (8%) obesidad todas estas tienen una unión de hecho.

**Tabla N°10 complicaciones obstétricas que presentaron las embarazadas.**

Complicaciones	N°	%
SHG	8	33
HPP	9	38
RPM	6	25
APP	1	4
Total	24	100

Fuente: expediente clínico

Al describir las complicaciones obstétricas que presentan las embarazadas 9 (8%) hemorragia posparto, 8 (33%) síndrome hipertensivo gestacional, 6 (25%) ruptura prematura de membrana, 1 (4%) amenaza de parto pretermo.

**Tabla N°11 complicaciones obstétricas según edad de las pacientes embarazadas.**

Complicaciones	15_19		20_24		25_29		30_35		Tota	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SHG	2	8	2	8	3	13	1	4	8	33
HPP	3	13	2	8	2	8	2	8	9	38
RPM	2	8	1	4	2	8	1	4	6	25
APP	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Total	8	37	5	20	7	29	3	12	24	100

Fuente: expediente clínico

Según las complicaciones obstétricas de acuerdo a la edad 3 (13%) HPP, 2(8%) SHG, 2 (8%) RPM, 1(4%) APP correspondiente entre las edades de 15\_19 años.2 (8%) SHG, 2(8%) HPP, 1(4%) RPM, 1(4%) RPM oscilan entre 20\_24; 3 (13%), SHG, 2(8%) HPP, 2(8%) RPM, de 25\_29 años, 2(8%) HPP, 1(4%) RPM, 1(4%) SHG 30\_35 años.

**Tabla N° 12 Complicaciones obstétricas según procedencia de las embarazadas**

Complicaciones	Urbana		Rural		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
SHG	3	13	4	16	7	29
HPP	4	16	2	8	6	25
RPM	3	13	3	13	6	25
APP	2	8	3	13	5	21
Total	12	50	12	50	24	100

Fuente: expediente clínico

En relación a las complicaciones obstétricas según procedencia 4(16%) HPP, 3(13%) RPM, 3 (13%), SHG, y 2 (8%) APP. Procedentes del área urbana y 4 (16%) SHG, 3(13%) RPM, 3(13%) APP 2(8%) HPP del área rural.

**Tabla N° 13 complicaciones obstétricas según estado civil de las embarazadas**

Complicaciones	Unión estable		Soltera		Casada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SHG	2	8	1	4	1	4	4	17
HPP	3	13	1	4	1	4	5	21
RPM	2	8	3	13	2	8	7	29
APP	1	4	4	17	3	13	8	33
Total	8	33	9	38	7	29	24	100

Fuente: expediente clínico

De acuerdo a las complicaciones obstétricas según estado civil 3(13%) HPP, 2(8%) SHG, 2(8%) RPM, 1(4%) APP tienen una relación estable, 4 (17%) APP, 3(13%) RPM, 1(4%) HPP, 1(4%) SHG son solteras y 3(13%) APP, 2(8%) RPM, 1(4%) HPP, 1(4%) SHG las cuales son casadas.

**Tabla N° 14 Complicaciones obstétricas según ocupación de las embarazadas**

Complicaciones	Ama de casa		Estudiante		Profesional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SHG	4	16	2	8	3	13	9	37
HPP	2	8	1	4	0	0	3	13
RPM	3	13	2	8	1	4	6	25
APP	0	0	3	13	3	13	6	25
Total	9	37	8	33	7	30	24	100

Fuente: expediente clínico

Al relacionar las complicaciones obstétricas con la ocupación 4(16%) presentan SHG 3 (13%) RPM, 2(8%) HPP son ama de casa, 3 (13%) APP, 2(8%) RPM, 2 (8%) SHG, 1 (4%) HPP estudiantes, 3(13%) SHG, 3(13%) APP, son profesionales.

## **IX. CONCLUSIONES**

Al caracterizar socio demográficamente a las embarazadas con complicaciones obstétricas del hospital Dr. Uriel Morales encontramos que en su mayoría estaban en edades de 20\_24 años, de procedencia rural, casadas, y son ama de casa.

Al identificar los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas se encuentra la ITS ya que en su mayoría han padecido más de una vez esta infección en el transcurso de su embarazo, es importante destacar que en la recolección de datos las mujer creen que la edad es un factor fundamental.

Al determinar las complicaciones obstétricas en su mayoría es síndrome Hipertensivo Gestacional.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **Al Minsa:**

- Se sugiere realizar brochur los cuales se les entreguen a las pacientes que asistan a consulta ya que así pueden leer la información y llevárselas a sus casas.
- Seguir incentivando a la población con campañas de prevención donde se facilite el uso de preservativos y se de conocer información de cómo prevenir estas complicaciones.

### **Al personal de salud:**

- Realizar educación continua a las pacientes y sus parejas para concientizarlos y prevenirlos de adquirir alguna patología que puede poner en riesgo la vida de la madre y el bebe.
- Continuar practicando la confianza y ética profesional al atender a las pacientes.

### **A las embarazadas:**

- Acudir a un centro de atención con regularidad para llevar un mejor control de su embarazó
- Brindar la información verifica que el personal de salud necesita sin obviar ningún dato
- Involucrar a sus parejas a la visita al médico.

## XI. BIBLIOGRAFIA

- Luna A, Cordero L (2010) salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna
- Revista Gineco Obstétrica por Merlo G., (México- 2017)
- Enfermería actual.com/listado-de-diagnosticos-nanda
- [https://www.researchgate.net/publication/331928285\\_Complicaciones\\_Obstetricas\\_en\\_Pacientes\\_que\\_Acuden\\_al\\_Ambulatorio\\_de\\_Cabure\\_Municipio\\_Petit\\_Estado\\_Falcon\\_Marzo-Agosto\\_2018](https://www.researchgate.net/publication/331928285_Complicaciones_Obstetricas_en_Pacientes_que_Acuden_al_Ambulatorio_de_Cabure_Municipio_Petit_Estado_Falcon_Marzo-Agosto_2018).
- <https://es.scribd.com/.../Normas-y-Protocolo-para-la-Atencion-de-Complicaciones-Obstetrica>
- Juan. (2008). Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero- diciembre 2008”. Azogues, Ecuador
- MINSA LIMAY: Censo gerencial de embarazadas, expediente clínico.
- Martínez MGV, Erasto LC, Maxines CG, Rodríguez MAB, Valencia MH. Frecuencia del síndrome anémico en pacientes obstétricas complicadas. Ginecol Obstet México. 2008;76(9):537–41
- Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, Ministerio de salud, Normativa 109, Managua, Nicaragua, octubre 2018.
- Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico, Ministerio de salud, Normativa 077, Managua, Nicaragua.
- QUEZADA N, MORENO J, FAJARDO S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. 2013\_ 2014 (4):233-238
- [www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones).
- ZAMORA-LARES AN, PANDURO-BARÓN JG, PÉREZ-MOLIN

## XII Anexos

Anexo N° 1:

### ***Ficha De Recolección De Datos.***

En la siguiente encuesta se pretende identificar los factores de riesgo en nuestra población de embarazadas, ya que las complicaciones obstétricas son de mayor importancia y responsabilidad de una gran mortalidad. Los beneficiarios de esta encuesta serán las pacientes con diagnósticos de embarazo de alto riesgo y por ende aquellos neonatos en que el impacto de mortalidad será menor.

Encuesta \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

#### **I. Características Sociodemográficas.**

<u>Edad</u>	<u>Marca</u>
15_19	
20-24	
25-29	
30_35	

Estado Civil

- Soltero \_\_\_\_
- Casado \_\_\_\_
- Unión estable \_\_\_\_\_

Ocupación

- Ama de casa \_\_\_\_
  - Estudiante \_\_\_\_
  - profesional \_
- Procedencia
- urbana \_\_\_\_\_
  - rural \_\_\_\_\_

***FACTORES DE RIESGO***

<b><u>Factores de riesgo</u></b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Edad		
Obesidad		
Anemia		
ITS		
Diabetes		

**Complicaciones Obstétricas**

Hemorragia Post Parto \_\_\_\_\_

Amenaza de parto pre terminó \_\_\_\_\_

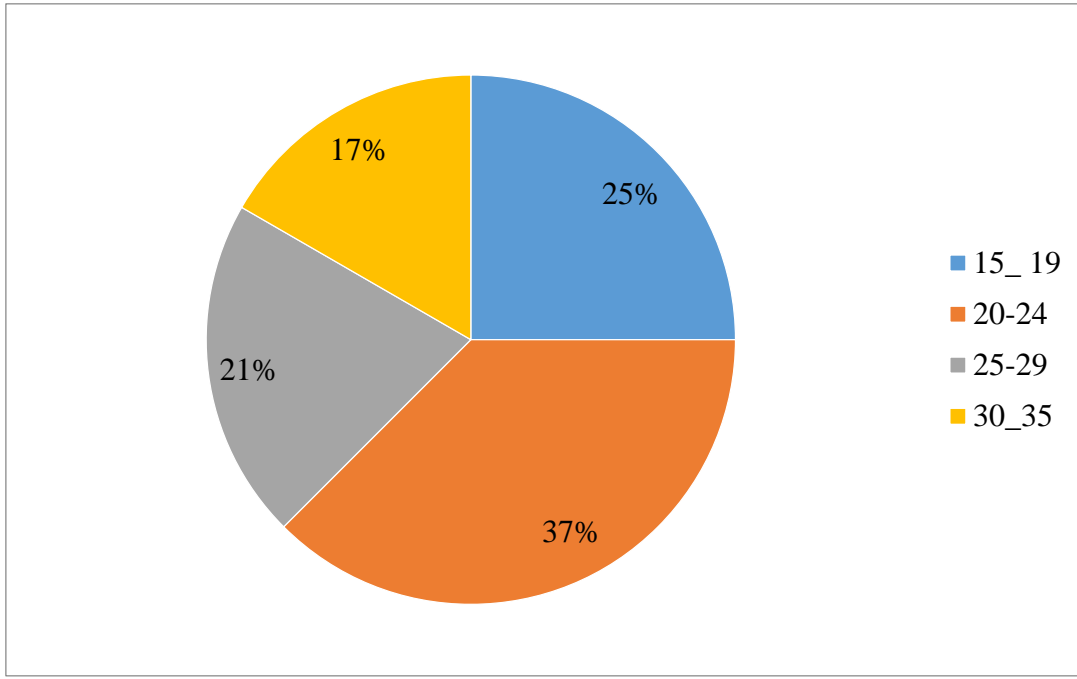
Síndrome Hipertensivo Gestacional \_\_\_\_\_

Ruptura prematura de membranas \_\_\_\_\_



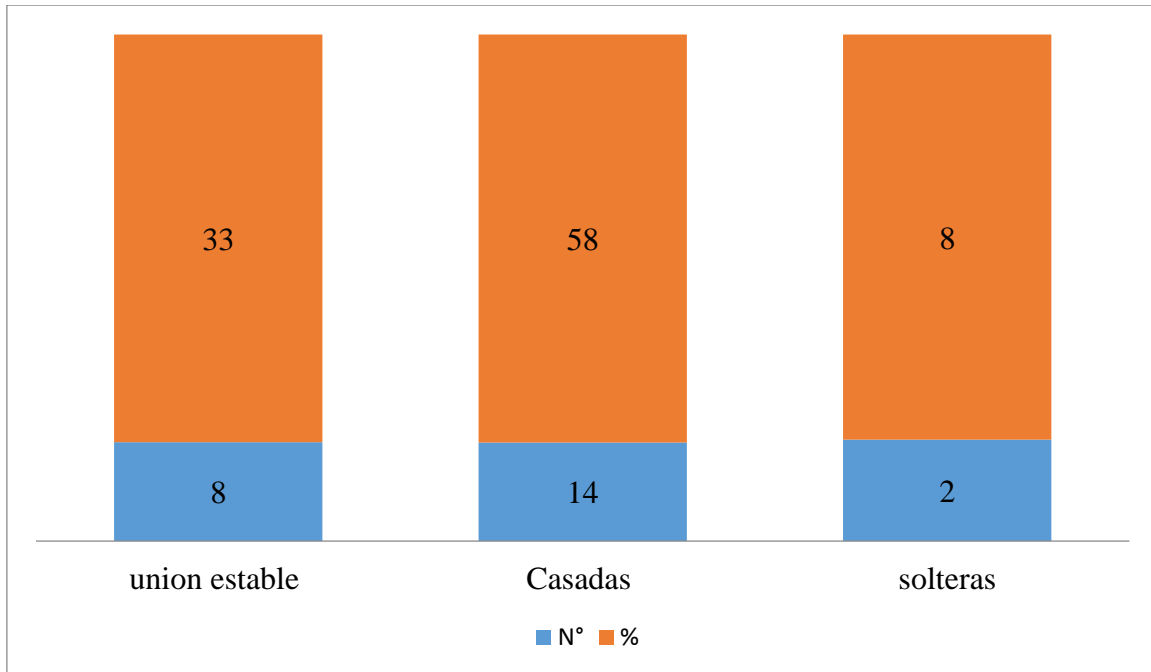
**Anexo 3:**

***Graficas N° 1 Edad de las mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas***



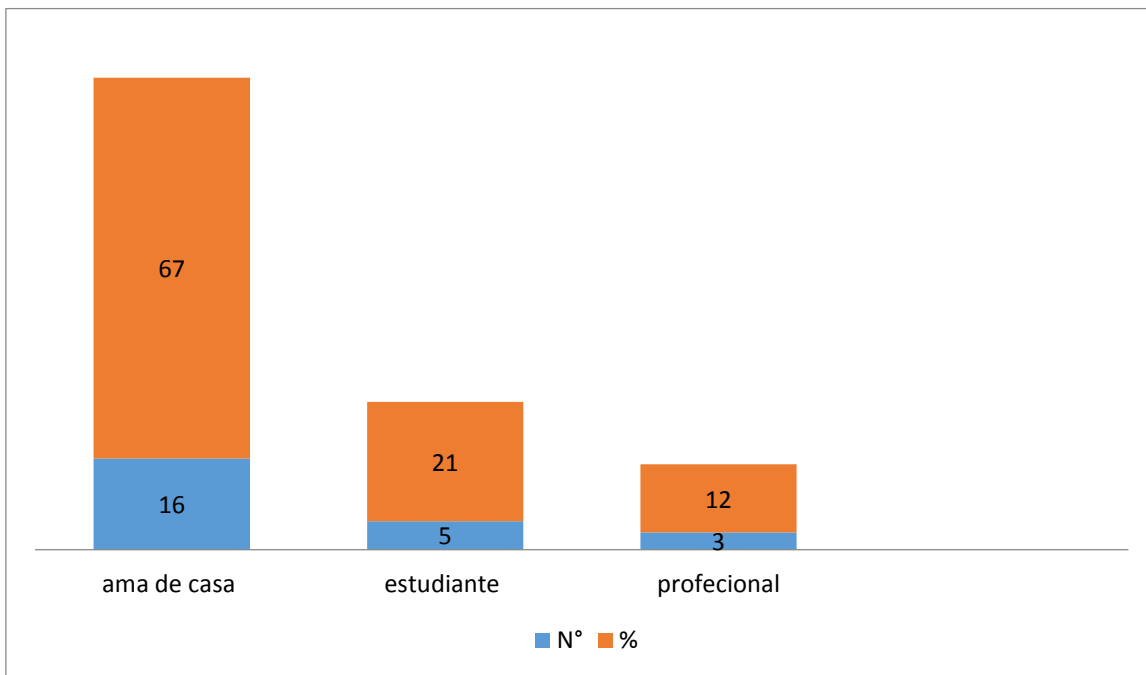
**Fuente: tabla N°1**

*Grafica 2. Estado civil de pacientes embarazadas.*



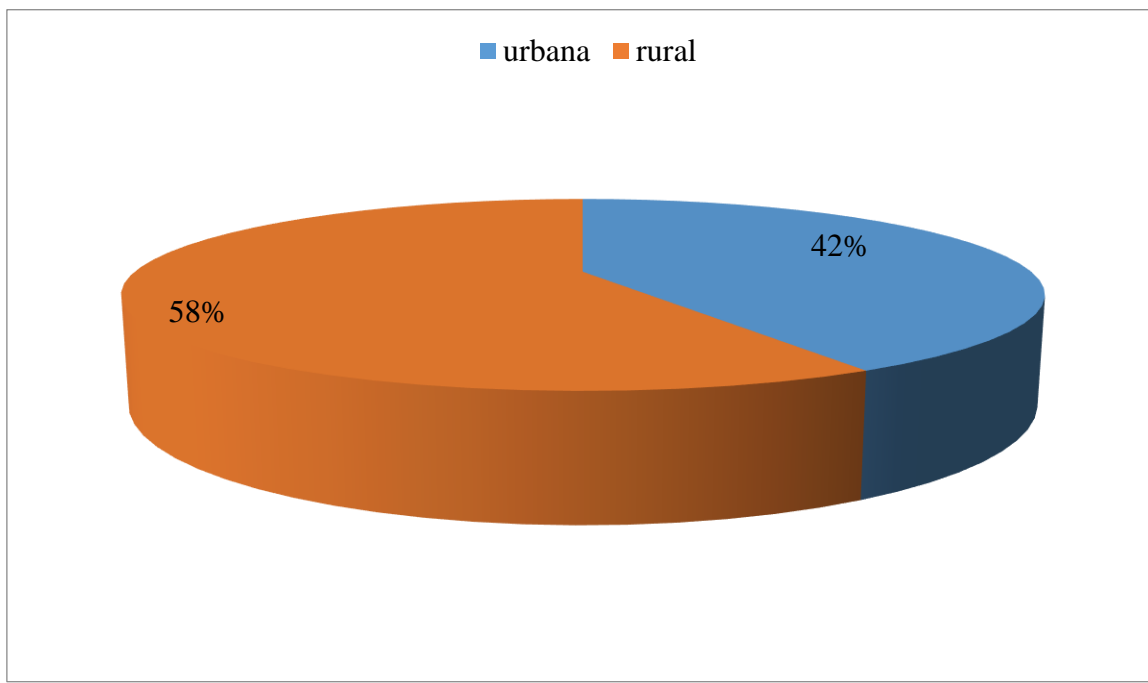
**Fuente: tabla N° 1**

**Grafica 3 ocupación de pacientes embarazadas**



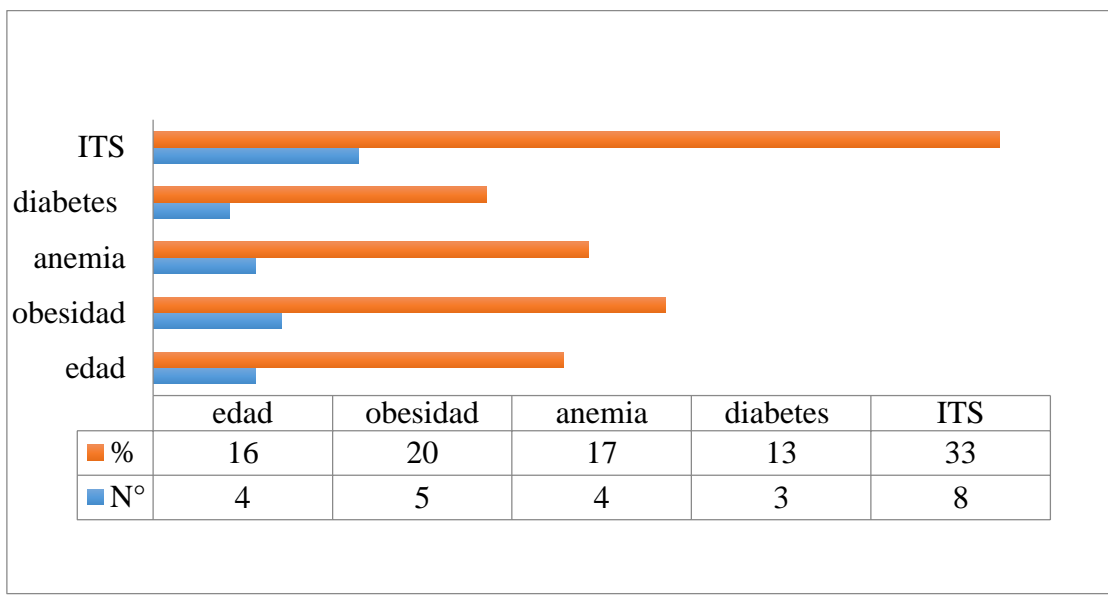
**Fuente: tabla n°1**

**Grafica N° 4 procedencia de las pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas**

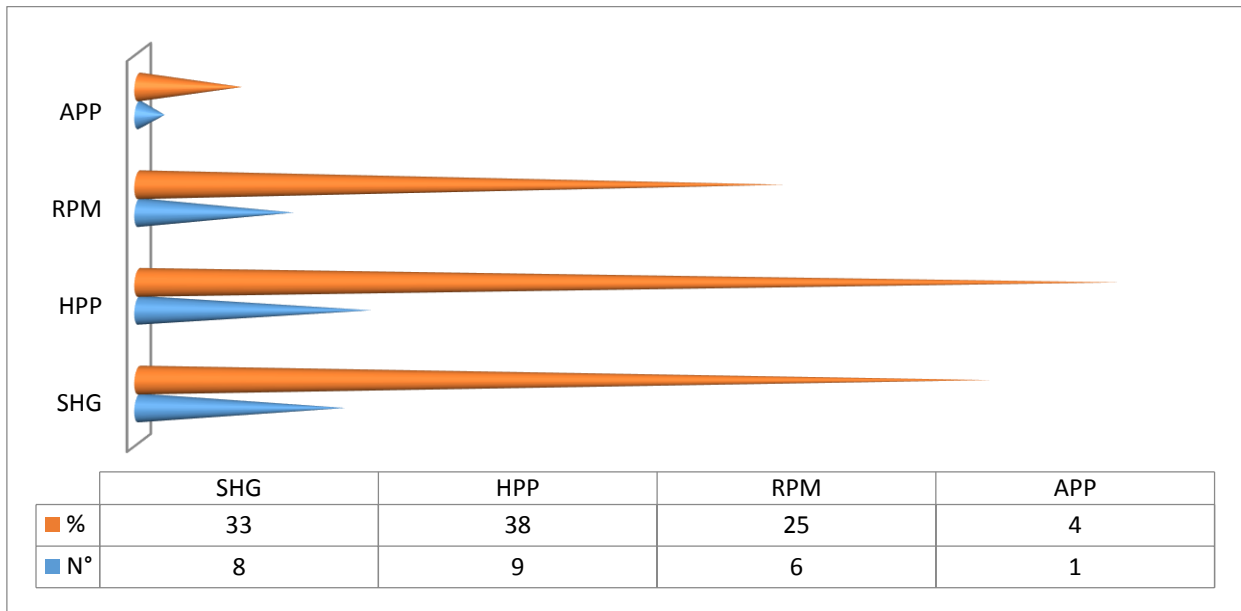


**Fuente: tabla n°1**

**Grafica 6. factores de riesgo de pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas.**



*Grafica n°7 complicaciones obstétricas de pacientes embarazadas.*



**Fuente: tabla n° 2**