



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL  
MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS,  
TECNOLOGIA Y SALUD

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERIA MATERNO INFANTIL**

**TEMA**

Factores de Riesgo asociadas a Complicaciones Obstétricas durante la II Mitad del Embarazo de Pacientes atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Terrabona-Matagalpa, II Semestre 2019.

**AUTORES**

- Br. Mayra Azucena Martínez Méndez
- Br. Allison Leseyka Navarrete Fuentes
- Br. Jissis Imelda Ortega Rayo

**TUTOR**

PhD. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan.

Abril 2020.





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL  
MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS,  
TECNOLOGIA Y SALUD**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERIA MATERNO INFANTIL**

**TEMA**

Factores de Riesgo asociadas a Complicaciones Obstétricas durante la II Mitad del Embarazo de Pacientes atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Terrabona-Matagalpa, II Semestre 2019.

**AUTORES**

- Br. Mayra Azucena Martínez Méndez
- Br. Allison Leseyka Navarrete Fuentes
- Br. Jissis Imelda Ortega Rayo

**TUTOR**

PhD. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan.

Abril 2020.

## DEDICATORIA

A Dios: Nuestro creador por regalarnos la fortaleza y sabiduría necesaria para culminar con éxito un proyecto más en nuestras vidas, por no soltarnos de su mano de amor y no perder su gracia aun en los momentos más difíciles de estos últimos cinco años y por poner en nuestras vidas aquellas personas, familiares y amistades que de una u otra manera nos han apoyado y son parte especial de nuestras vidas.

A nuestros padres: Por estar siempre con nosotros y por enseñarnos que en la vida se nos es permitido caer, pero que también debemos aprender a levantarnos, por su apoyo incondicional y por su confianza en mí.

A nuestros amigos y familiares que nos han brindado su apoyo y que han estado con nosotros en el transcurso de nuestra formación profesional en especial a nuestros esposos y novio por ser esas personas que Dios puso en nuestro camino y nos han enseñado que en la vida nunca nos podemos dar por vencido y que tenemos que aprender a luchar aun en medio de los momentos difíciles debemos aprender a levantarnos porque siempre hay una recompensa al final de cada lucha.

*Br Mayra Azucena Martínez Méndez*

*Br Allison Leseyka Navarrete Fuentes*

*Br. Jissis Imelda Ortega Rayo*

## **AGRADECIMIENTO**

**A Dios:** Infinitas gracias por el don de la vida, sabiduría, fuerza e inteligencia, por cada una de las bendiciones que nos ha regalado; por darnos la capacidad necesaria para culminar con éxito nuestra carrera, por todas aquellas personas que estuvieron en nuestro camino, que fueron fuente de apoyo y compañerismo.

**A nuestros Padres:** por estar siempre con nosotros por ser esos pilares fundamentales de amor, de fe y de ejemplos de superación por enseñarnos cada día principios y valores que formaron nuestra personalidad y que nos han llevado a ser cada día una persona de bien.

**A nuestro Tutor Msc. Miguel Ángel Estopiñan E:** Por animarnos desde siempre, por sus consejos, depositar su confianza en nosotros, por no dejarnos solas y defender los derechos del estudiante, tramitar diferentes proyectos en pro de nuestro beneficio minimizando así gastos económicos en nuestra carrera y por estar pendiente en cada una de nuestras necesidades.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA (UNAN):** Centro Educativo Formador de grandes profesionales, por abrirnos las puertas de su centro y apoyar a los estudiantes en lo que necesitan.

*Br Mayra Azucena Martínez Méndez*

*Br Allison Leseyka Navarrete Fuentes*

*Br. Lissis Imelda Ortega Rayo*



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE  
MATAGALPA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**

**Carta del Tutor**

PhD. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan, profesor del Departamento de Ciencia Tecnología y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en la Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa hace el trabajo presentado por las bachilleres Mayra Azucena Martínez Méndez. Allison Leseyka Navarrete Fuentes. Jissis Imelda Ortega Rayo, reúne los requisitos correspondientes a la Normativa del Programa de Monografías.

El sustento teórico, los antecedentes encontrados, el marco teórico y planteamiento metodológico se ajustan a lo requerido en un trabajo de este nivel. La bibliografía consultada es amplia y actualizada, además se abarcan las fuentes fundamentales en la materia de estudio, remontando a los antecedentes importantes para el tema seleccionado en el área de enfermería.

La temática abordada es muy relevante ya que se trata de preparación profesional de los trabajadores de un área muy sensible, que es la salud humana, donde la calidad de los cuadros determina en alta medida la calidad de atención en los servicios de salud.

El aporte científico y práctico de este trabajo tiene valor alto, más en los países donde el personal en el área de salud es escaso y mal remunerado. Sin lugar de duda, este trabajo, proporciona no solo resultados, sino cuestionamientos muy valiosos e interesantes.

Valoramos de la manera muy positiva el esfuerzo de las jóvenes, realizado en esta etapa de sus estudios, y consideramos que puede ser presentado y defendido ante el Tribunal designado al efecto.

Matagalpa, Abril 2020

---

**PhD. Miguel Ángel Estopiñan**  
**Tutor**

## RESUMEN

La presente Monografía de Graduación la cual lleva por tema Factores de Riesgo asociadas a Complicaciones Obstétricas durante la II Mitad del Embarazo de Pacientes atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Terrabona-Matagalpa, II Semestre 2019. El objetivo de la investigación fue la de Analizar los factores que inciden en las complicaciones obstétricas durante la II mitad del embarazo, en el Puesto de Salud Francisco Buitrago, Municipio de Terrabona II Semestre 2019. Específicamente se identificaron las complicaciones obstétricas que inciden en la II mitad del embarazo y las que presentaron las embarazadas de dicho centro y se propusieron estrategias para que exista una disminución de la presencia de estas complicaciones en las embarazadas. La atención a las mujeres embarazadas es prioridad para el ministerio de salud, es por eso que es uno de los programas de más importancia y donde el personal de salud debe manejar con profesionalismo la Normativa 077, 011, 004 y AIEPI en Atención Primaria en Salud (APS). Se concluyó que los factores de riesgo que pueden desencadenar complicaciones obstétricas en las embarazadas en estudio son socio demográficos, biológicos y atención prenatal y se recomienda dar consejería a la mujer embarazada para que tome conciencia y adopte un estilo de vida saludable, toda embarazada debe tener su ficha de plan parto, realizar visitas domiciliarias en tiempo y forma para dar seguimiento a la embarazada y referir al especialista cuando la embarazada presente factores de riesgos.

Palabras claves: Enfermería. Embarazadas. Complicaciones obstétricas, atención.

## INDICE

Capítulo I.....	1
I. INTRODUCCION.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	5
Capitulo II.....	6
V. ANTECEDENTES.....	6
VI. <b>DESARROLLO DEL TEMA.</b> .....	10
<b>6.1. Caracterización del Lugar de Estudio</b> .....	10
<b>6.1.1. Servicios Básicos</b> .....	11
6.2. Población por grupos etarios Municipio Terrabona y sus sectores.....	16
<b>6.3 Factor</b> .....	20
<b>6.4. Factor de Riesgo</b> .....	20
<b>6.5. Factores que inciden en las complicaciones maternas</b> .....	21
<b>6.6. Factores Sociales</b> .....	22
<b>6.7. Factores Biológicos</b> .....	26
<b>Según antecedentes obstétricos</b> .....	26
<b>6.8.. Embarazo Actual</b> .....	30
Según historia clínica general.....	34
<b>Factores relacionados con la Atención Prenatal</b> .....	34
<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b> .....	45
VII. MARCO CONCEPTUAL.....	65
Atención Prenatal:.....	65
VIII. ACRONIMOS.....	70
IX. MARCO LEGAL.....	71
X. HIPOTESIS / PREGUNTAS DIRECTRICES.....	76
Capitulo III.....	77
XI. DISEÑO METODOLOGICO.....	77
Capitulo IV.....	86
XII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	86
Capítulo V.....	102



XIV. CONCLUSIONES.....	102
XV. RECOMENDACIONES.....	103
Bibliografía.....	105

**Anexos**

## Capítulo I

### I. INTRODUCCION

El embarazo es un estado en el cual la mujer, por la posibilidad que le brinda su sistema reproductivo está gestando vida en su vientre, es un estado fisiológico que inicia implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, es un periodo en el cuál ocurren cambios significativos psicológicos, fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El estado de embarazo o gravidez termina con el parto, donde el nuevo miembro de la especie sale al exterior teniendo una vida independiente de su madre, esto ocurre normalmente en un período de nueve meses, o cuarenta semanas. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo tanto para la mujer como para su futuro hijo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

Las complicaciones obstétricas son problemas que aparecen solo durante el embarazo, las cuáles pueden afectar a la mujer, al feto o a ambos y presentarse en diferentes momentos del embarazo. Por ejemplo, complicaciones como una placenta desplazada (placenta previa) o su desprendimiento prematuro del útero (abrupción placentaria o desprendimiento de placenta) pueden causar una hemorragia en la vagina durante los últimos tres meses de embarazo. Las mujeres que sangran en ese momento tienen el riesgo de perder el bebé o de sangrar excesivamente (hemorragia). Esto también supone un riesgo muy alto de morir

durante el parto. Sin embargo, la mayor parte de las complicaciones del embarazo se pueden tratar con buenos resultados.

Cabe mencionar que las complicaciones maternas son uno de los principales problemas de salud pública, y significan un reto para los profesionales del MINSA por ser una de las principales causas de mortalidad materna y fetal, además de las secuelas que dejan a nivel físico y mental en la mujer.

Además, es una realidad que estas complicaciones maternas son alteraciones del organismo de la mujer causadas por factores sociales, psicológicos, físicos y biológicos, estas se pueden manifestar a lo largo de la gestación, sin embargo, en esta investigación se hace énfasis en las complicaciones de la segunda mitad del embarazo, tomando como estudio a las embarazadas del municipio de Terrabona, que son atendidas en el puesto de salud Francisco Buitrago.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años las complicaciones obstétricas en mujeres que pasan por la segunda mitad del embarazo se han convertido en un problema de mucha relevancia para las diferentes unidades de salud no estando ajena a esta problemática el lugar en el cual se realizó el estudio siendo evidente el incremento de las complicaciones obstétricas de mayor incidencia debido al aumento de factores de riesgo en el cual la población en especial las mujeres embarazadas se encuentran y que es una situación que ha incrementado las estadísticas de mortalidad materna y perinatal y por lo tanto provoca un impacto negativo para la salud,

En base a las consideraciones anteriores resulta necesario plantear la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de riesgo asociadas a Complicaciones Obstétricas en la segunda mitad del Embarazo en pacientes que asisten al Puesto de Salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona, del Departamento de Matagalpa?

### III. JUSTIFICACION

El presente estudio se realizó con el propósito de analizar los factores en las complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo, en mujeres que asisten al Puesto de Salud Francisco Buitrago, del Municipio de Terrabona, Departamento de Matagalpa, en el II semestre del año 2019, considerando que este estudio se podría utilizar para presentar la situación actual de las embarazadas y las complicaciones que estas desarrollan en la segunda mitad del embarazo las cuáles son objeto de los altos índices de mortalidad materna y perinatal así mismo de servir como referencia a futuros profesionales y en futuras acciones.

De gran importancia el estudio debido a que se enfrenta una situación prevenible siempre y cuando se brinde la información necesaria a modo de consejería durante los controles prenatales sobre los factores de riesgo que pueden dar causas de complicaciones obstétricas durante el embarazo, tomando en cuenta las características socio-demográficas, económicas y culturales de las embarazadas en estudio, lo que permitiría identificar de manera oportuna los factores que pueden desencadenar complicaciones obstétricas y perjudican a la madre y al bebe. Por tal razón se propuso la elaboración de este estudio, para hacer puntos de referencias a estudios posteriores y así contribuir a mejorar el estilo de vida de las embarazadas. Cabe señalar que este estudio es de interés social en especial para las autoridades y organizaciones como el ministerio de salud (MINSA), “en específico el Puesto de Salud Francisco Buitrago, del Municipio de Terrabona del Departamento de Matagalpa” y será de utilidad como referencia en el fortalecimiento de la atención prenatal, mediante el uso de las normativas ya establecidas. Constará de utilidad como fuente de información para estudiantes de la carrera de enfermería, interesados en el tema y a la Universidad FAREM-Matagalpa ya que tendrá un registro actualizado sobre los factores de riesgo que mayormente inciden en las complicaciones obstétricas, en la segunda mitad del embarazo.

## **IV. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar los factores que inciden en las complicaciones obstétricas durante la II mitad del embarazo, en el Puesto de Salud Francisco Buitrago, Municipio de Terrabona II Semestre 2019.

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar los factores de riesgo que inciden en las complicaciones obstétricas en la II mitad del embarazo.
2. Describir las principales complicaciones obstétricas que se han presentado en las Embarazadas captadas en el Puesto de Salud Francisco Buitrago en la II mitad del embarazo.
3. Considerar las estrategias para disminuir las complicaciones maternas de la II mitad de embarazo en las pacientes captadas en el Puesto de Salud Francisco Buitrago.

## Capítulo II

### V. ANTECEDENTES

(OMS F. U.) Organización Mundial de la Salud, expresa que muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos, y ocurren mayormente en los países en vías de desarrollo cabe señalar que la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Dentro de las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- Complicaciones en el parto
- Los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

En el 2004 se realizó un estudio de casos y controles (30 casos y 278 controles) Hospital Nuevo Amanecer de Puerto Cabezas y la tasa de cesáreas fue de 17.7% y las principales indicaciones fueron sufrimiento fetal agudo, toxemia, cesáreas anteriores, distocias de presentación y ruptura prematura de membranas. El índice de complicaciones fue de 12.3% y las principales complicaciones fueron hemorragias, adherencias y depresión del recién nacido. Las cesáreas anteriores fueron el único factor de riesgo de las complicaciones tardías y la cesárea de urgencia fue un factor de riesgo fetal.

Entre el 2006-2008 se realizó un estudio de casos y controles (201 casos y 310 controles) en HEODRA. Los factores de riesgo crudo de las complicaciones trans y post- cesárea fueron los antecedentes patológicos personales, menos de 3 CPN, peso materno y periodo inter genésico inadecuado y cirugía de urgencia. Las complicaciones trans-cesárea fueron 3 casos de hemorragia y 2 de prolongación de la herida. Entre las complicaciones postcesárea predominaron: infección de vías urinarias, sepsis de herida, dehiscencia de herida, anemia, endometritis restos ovulares y una muerte materna.

Entre el 2007-2008 se realizó un estudio de cohorte en embarazadas (a término vs. Postérmino, 92 en cada grupo) para identificar los factores de riesgo de las complicaciones maternas y perinatales ingresadas al Hospital César Amador Molina, Matagalpa. La mayoría tenían entre 20-34 años de edad, baja escolaridad y casadas. Las principales complicaciones en las embarazadas postérmino fueron los desgarros, mientras que en aquellas a término predominaron las hemorragias post parto.<sup>9</sup>

Tinoco y Tórrez estudiaron las complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a junio del 2012. Encontraron que más de la mitad eran adolescentes, urbanas, con baja escolaridad y estado civil casada o acompañada. Además, un número considerable tenía sepsis urinaria y consumía café. El 60.8% tenía un periodo inter genésico corto y la mayoría de pacientes eran nulípara, con menos de 4 CPN y embarazo a término. El porcentaje de aborto y cesárea previo fue de 9.5% y 4.2%, respectivamente. El 7% de los partos fue inducido. El índice de cesárea fue de 29.5% y las principales indicaciones fueron síndrome hipertensivo gestacional, inducción fallida y distocia de presentación. Las principales complicaciones



obstétricas reportadas fueron: síndrome hipertensivo gestacional, amenaza de parto pretérmino y hemorragia posparto, respectivamente. No hubo muertes maternas. 10

Datos y Cifras / OMS (febrero 2018)

- Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.
- La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

En Nicaragua, en el año 2016 se registraron 52, y en el año 2017 se registraron 48 muertes maternas, siendo Jinotega, Chinandega y Managua los departamentos que más reportaron decesos.

En el período 2000-2009 se registran 1141 muertes maternas, de estas 996 están vinculadas al embarazo, parto y puerperio, concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua

(9,7%). 520 de las muertes (53,0%) ocurrieron a nivel institucional (hospitales, centros y puestos de salud, centros alternativos), 397 (40%) en 5 domicilio y 79 muertes (8,0%) tuvieron como lugar de ocurrencia la vía pública y otros.

La mayoría de las muertes obstétricas (58,5%), ocurrieron en mujeres entre las edades de 20 a 34 años y un 22,4% ocurren en las edades de 35 a 54 años; mientras que 17.5% se presentaron en adolescentes entre 15 a 19 años.

Las principales causas de muerte obstétricas directas en el período fueron: 395 Hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), 195 Síndrome Hipertensivo Gestacional (Preeclampsia/ Eclampsia), 86 Sepsis Puerperal, 39 Abortos (Completo, Espontáneo, Inducido, Séptico, Terapéutico).

## VI. DESARROLLO DEL TEMA.

### 6.1. Caracterización del Lugar de Estudio

Terrabona tiene más de 200 años, se originó en la hacienda de caña de azúcar y ganado llamada “San Juan de Cocolistagua” alrededor de esta hacienda se fue formando el pueblo y se urbanizó con 1,740 habitantes.

El Municipio de Terrabona cuenta con una extensión geográfica de 249 km<sup>2</sup>, altitud de 589 msnm, densidad poblacional de 58.6 habitantes/km<sup>2</sup>, Terrabona es el municipio más pequeño del departamento de Matagalpa, limita al norte con los municipios de Sébaco y Matagalpa, al sur con San José de los Remates, al este con San Dionisio y Esquipulas y al oeste con el municipio de Ciudad Darío.

El municipio de Terrabona, cuenta con una población de 14,678 habitantes para una densidad poblacional de 61.4% de habitantes por km<sup>2</sup>, predomina el sexo Masculino 50.36%, el 49.64% corresponde al sexo Femenino, el 42% es menor de 20 años.

El Ministerio de Salud desarrolla acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación dirigida a las personas, familia comunidad y al ambiente y gratuitamente se brindan exámenes especializados tales como ultrasonidos, citología para la detección del cáncer cérvico-uterino, actualmente contamos con personal capacitado para realizar colposcopia, además hay 3 médicos generales que realizan ultrasonidos. Se aplican vacunas para prevenir 16 enfermedades y se desarrollan actividades de lucha anti epidémica.

Además, se impulsan Programas emblemáticos y Solidarios como: Amor para los Más chiquitos, Programa Todos con Voz, Operación Milagro y combate a la mortalidad materna e infantil.

A través del modelo de atención familiar y comunitaria (MOSAFC), se ha logrado una mejor cobertura, a partir del 2007 nuestro municipio Terrabona ha logrado incrementar la cobertura en los indicadores de salud.

En cuanto a estos determinantes sociales en el estado de salud actual de la Población de Terrabona, se reflejan los cambios demográficos, cambio en el comportamiento de las enfermedades: enfermedades infecciosas y transmisibles, también enfermedades crónicas relacionadas con los estilos de vida; a los riesgos ambientales tradicionales vinculados con el déficit de agua y saneamiento básico.

### **6.1.1. Servicios Básicos**

#### **1. Agua Potable**

El servicio de agua potable en el casco urbano es brindado a la población a través de la empresa ENACAL quien ha tenido la administración del almacenamiento, tratamiento y distribución del agua.

El 97.67% de las casas domiciliarias tienen acometida interna y solo el 2.33% de las viviendas no poseen el servicio del vital líquido. Esto significa que de las 614 viviendas que hay en el casco urbano, 600 tienen el servicio de agua potable y 14 casas de habitaciones carecen de este servicio. Existen además 2 pozos públicos ubicados en el área urbana, los cuales son utilizados por un segmento de la población para el lavado de ropa y utensilios domésticos.

Según datos de ENACAL, existe 1,282 conexiones domiciliarias en el área Rural; en las comunidades de: Santa Rosa, Monte Grande, Cuajiniquil, Las Joyas, San Andrés, Payacuca, San José y Las Palomas. El servicio de abastecimiento de agua potable en el resto de las comunidades en la zona rural es abastecido por los CAPs existentes en las comunidades

En base a estudio socio económico en agua y saneamiento realizado por el nuevo FISE y la Alcaldía Municipal en el año 2012, el municipio cuenta con 56 CAPs, de donde se abastece el 77% de las familias rurales y el 33% se abastecen a través de un vecino, cuentan con pozo propio, a través de un rio, quebrada y ojo de agua.

Según Datos UMAS de la Alcaldía solo existen 12 CAPs, 7 legales más 5 en proceso de legalización.

## **2. Saneamiento**

En el casco urbano no existe ningún sistema de alcantarillado sanitario ni de drenaje pluvial, por lo que las aguas grises son vertidas en los patios y aceras de la municipalidad. El poblado carece en su totalidad del servicio de recolección y tratamiento de aguas residuales, por lo que hacen uso de métodos alternativos como: letrinas, inodoros con sumideros. Estas condiciones son desfavorables para el medio ambiente y sobre todo afectan las condiciones de vida de los pobladores ya que este tipo de manejo, forman focos de infección y criaderos de vectores que dañan la salud de la población en general.

En el área rural el 89% de viviendas tienen letrina tipo (TRAD), de estas el 66% se encuentran en buen estado el resto está en regular y mal estado, el 11% del total de viviendas en la zona rural no cuentan con una letrina, por lo que las personas

realizan sus necesidades fisiológicas al aire libre, creando contaminantes directos para la población.

### **3. Energía Eléctrica**

El municipio de Terrabona desde 1,960 tenía servicio eléctrico privado, el que se hizo estatal a partir de 1983. Se encuentra integrado a la red nacional de energía eléctrica, siendo la fuente de interconexión la sub-estación del zonal Sébaco.

El casco urbano tiene el servicio de energía eléctrica que es distribuido por ENATREL y administrado por GAS NATURAL, una transnacional española que tiene los derechos de la comercialización. Este servicio es brindado al 95.24% de las viviendas urbanas, quedando solamente un 4.76% por atender, esto debido a la falta de legalización de las propiedades u otros problemas de propiedad y existen 122 luminarias públicas.

Es un servicio que posee el Municipio, aunque no en su totalidad, existen 2 comunidades que se encuentran sin este servicio el cual está teniendo una demanda con gran auge en la población.

### **4. Telecomunicaciones**

Actualmente, la Municipalidad de Terrabona, se ha venido transformado Tecnológicamente, pues ya el Municipio Cuenta con 3 Antena Telefónica, las cuales le dan Cobertura a todo el casco Urbano y mayoría de comunidades siendo estas 1 de la empresa Movistar y 2 empresa Claro, 2 de ellas están ubicadas en el sector Urbano y la otra den el sector rural (Cuajiniquil), también se cuenta con un total de 44 abonados de telefonía fija, asimismo cuenta con una remodelación de líneas, con buen asistencia técnica y Potería Nueva en un buen estado.

Cuenta también con el servicio de TV por cable el cual es distribuido y comercializado por un pequeño empresario privado que tiene la licencia de la empresa CLARO TV. Tiene una cobertura del 98% en el casco urbano sin embargo solamente el 50% de la población tiene facilidades económicas para contratar este servicio.

Asimismo, existe el servicio de Internet de banda media (250 kbps) que lo brindan solo a las instituciones Alcaldía y MINED, cabe mencionar que existe una Zona WI-FI en el parque municipal el cual es totalmente gratuito para toda la población. Solamente el 20% de la población urbana tiene instalado el servicio de telefonía fija o convencional, sin embargo, el servicio de telefonía celular tiene una cobertura del 95%, del cual hace uso el 84% de la población.

Del total de viviendas netas en el municipio, casi el 40% (173) son de pared inadecuada dando lugar a la inseguridad, un número similar ocupa el total de viviendas inadecuadas, pero aun en este municipio más del 60% de las viviendas conservan sus casas con piso de tierra lo que no da las condiciones necesarias para un buen ambiente de higiene necesario para hacerle frente a un gran número de enfermedades capaces de alojarse en el suelo de las casas que sirve como piso.

El 65% de los hogares realiza contaminación ambiental al tirar basura a cauces, calles y basureros ilegales. Acceso a Servicios de recolección de desechos sólidos lo tiene únicamente el sector urbano lo que representa el 13.6% de la población.

La Alcaldía presta el servicio de recolección de desechos sólidos, con una frecuencia de dos veces por semana (lunes, viernes), contando para ello con un

camión de ocho toneladas. El equipo es propiedad de la alcaldía de la familia comunidad y vida.

En la actualidad se cuenta con un depósito de desechos (basura) adecuado esta se deposita a unos 3km del casco urbano del municipio.

La población del municipio se dedica fundamentalmente a la producción de granos básicos, los rubros que se cultivan son frijoles, maíz, sorgo y hortalizas. El 80% de la producción se destina a auto consumo y el resto se comercializa. Otro aspecto a destacar de la economía del municipio es que se reciben muchas remesas familiares, porque en la mayoría de los hogares del municipio hay algún familiar trabajando en el extranjero para ayudar a la economía familiar. De acuerdo a indicadores de pobreza, Terrabona corresponde a un 47.4%.

Los habitantes de las comunidades transitan por caminos a los cuales la alcaldía brinda mantenimiento en un 85%. Además, se han creado nuevos caminos para acceso vehicular en 10 comunidades donde antes el acceso era únicamente caminando. No se cuenta con transporte entre las comunidades, por lo cual se han creado rutas con camionetas para facilitar transporte del casco urbano a la comunidad o entre algunas comunidades. También existe el alquiler de bestias en las comunidades de difícil acceso que son utilizados para transportar carga.

Se trabaja en la equidad de género, sin embargo, aún no se ha logrado el empoderamiento de la mujer para jugar los papeles protagónicos en igualdad de condiciones que los hombres.



Se considera una sociedad con un alto porcentaje de machismo. Se trabaja en este aspecto MINSA, Comisaría de la mujer, alcaldía municipal y otras instituciones para destacar la condición de la mujer, como fuerza laboral, jefa de familia y parte importante e indiscutible de esta sociedad.

## 6.2. Población por grupos etarios Municipio Terrabona y sus sectores.

Según estimaciones del Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE, 2018) la población municipal para este año 2018 es de 14,609 habitantes para un crecimiento población de 0.77% en comparación con el año 2017, cabe mencionar que nuestro municipio es el más pequeño del departamento de Matagalpa.

<b>Indicadores Especiales</b>	<b>Terrabona</b>	<b>Cuajiniquil</b>	<b>Montaña Grande</b>	<b>El Rincón</b>	<b>Puntizuela</b>	<b>El Bonete</b>	<b>San Agustín</b>
Población Total	14,609	3068	1885	2045	1448	877	469
0 Año	279	59	36	39	28	17	9
1 Año	287	60	37	40	28	17	9
01-04 Años	1,386	291	179	194	137	83	44
02-04 Años	897	188	116	126	89	54	29
00-05 Años	1,774	373	229	248	176	106	57
01-05 Años	1,495	314	193	209	148	90	48
01-06 años	1,809	380	233	253	179	109	58
06-09 Años	1,268	266	164	178	126	76	41
05-10 Años	1,898	399	245	266	188	114	61

05-12 Años	2,533	532	327	355	251	152	81
10-14 Años	1,585	333	204	222	157	95	51
10-19 Años	3,131	658	404	438	310	188	101
00-14 Años	4,627	972	597	648	459	278	149
15 y+ años	9,982	2096	1288	1397	989	599	320
50 y+ años	2,234	469	288	313	221	134	72
15-59 años	8,782	1844	1133	1229	870	527	282
60-64 años	442	93	57	62	44	27	14
65 y+ años	758	159	98	106	75	45	24
M.10-14 Años	831	175	107	116	82	50	27
M.E.F.(15-49 a.)	3,785	795	488	530	375	227	122
Nac. Vivos Esp.	329	69	42	46	33	20	11
Partos Esperados	330	69	43	46	33	20	11
Emb. Esperados	367	77	47	51	36	22	12

Fuente: Estadística MINSA Municipio Terrabona.

<b>Indicadores Especiales</b>	<b>Santa Rosa</b>	<b>San Pedro</b>	<b>Urbano</b>	<b>San José</b>	<b>El Bálamo</b>	<b>Payacuca</b>	<b>Hatillo</b>
Población Total	818	1023	2232	175	438	1315	584
0 Año	16	20	43	3	8	25	11
1 Año	16	20	44	3	9	26	11
01-04 Años	78	97	212	17	42	125	55
02-04 Años	50	63	137	11	27	81	36
00-05 Años	99	124	271	21	53	160	71
01-05 Años	84	105	228	18	45	135	60
01-06 años	101	127	276	22	54	163	72
06-09 Años	71	89	194	15	38	114	51
05-10 Años	106	133	290	23	57	171	76
05-12 Años	142	177	387	30	76	228	101
10-14 Años	89	111	242	19	48	143	63
10-19 Años	175	219	478	38	94	282	125
00-14 Años	259	324	707	56	139	416	185
15 y+ años	559	699	1525	120	299	898	399
50 y+ años	125	156	341	27	67	201	89
15-59 años	492	615	1342	105	263	790	351
60-64 años	25	31	68	5	13	40	18
65y + años	42	53	116	9	23	68	30
Mujeres 10-14 Años	47	58	127	10	25	75	33
M.E.F.(15-49 Años)	212	265	578	45	114	341	151
Nacidos Vivos Esperados	18	23	50	4	10	30	13
Partos Esperados	19	23	50	4	10	30	13
Emb. Esperados	21	26	56	4	11	33	15

(INIDE 2018 Instituto Nacional de Información de Desarrollo)

El total de Mujeres en edad fértil es del 3,785 de la población total del Municipio de Terrabona teniendo una Tasa Global de Fecundidad de 3.1 hijos por mujer. Es importante señalar que la población del casco urbano es de 2,232 Habitantes lo que representa un 13.6% y lo rural es de 12,377 equivalente 86.4%, en la zona rural.

### **Área de estudio**

El Ministerio de Salud del municipio cuenta con 1 centro de salud, 8 Puestos de Salud Familiar y 1 casa materna la cual cuenta con 12 camas, además por cada 10,000 habitantes hay 9 médicos, 4 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería.

Para el traslado de pacientes el Municipio cuenta con 2 ambulancias ambas en buen estado, además la unidad de salud cuenta con 4 motocicletas las cuales 2 están asignadas a los Gestores Comunitarios, 1 Técnico de ETV, 1 programa de Tuberculosis y una asignada a enfermería estando esta en mal estado.

El municipio dispone de 19 casas base y está organizado en 13 sectores del modelo de salud familiar y comunitaria, atendidos por sus Equipos de Salud acompañados de 367 miembros de la red comunitaria y Gabinetes de la Familia Comunidad y Vida.

El subsistema de salud privado cuenta con 1 consultorio médico y 5 Farmacias de las cuales 3 son de Pro salud.

### **6.3 Factor**

(Española, 2014) La Real Academia Española, define el término Factor como el elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado. Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.

### **6.4. Factor de Riesgo**

(MINSA, Normativa 109, Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas , 2018) Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño. Entre los factores de riesgo más importante cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

Los factores de riesgo se pueden definir como un comportamiento o condición que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad nueva o de que empeore una enfermedad existente. La reducción de estos factores de riesgo también puede resultar en la reducción del riesgo de enfermedad. Una sola enfermedad puede tener muchos factores de riesgo y un solo factor de riesgo puede estar asociado con muchas enfermedades.

## 6.5. Factores que inciden en las complicaciones maternas

Históricamente, los avances de la medicina han sido dominados por la creencia de que las enfermedades y complicaciones que estas conllevan tienen una causa específica o factor de riesgo y si esta causa o factor es eliminado, la enfermedad y por ende las complicaciones que estas conllevan podrán ser prevenidas o curadas.

Hoy en día, muchas enfermedades y complicaciones de la salud, han sido erradicadas, sin embargo, en la práctica médica esto no es sencillo, en la mayoría de los casos el curso de la enfermedad y su complicación es complejo e involucra un rango de factores con diferentes niveles de causalidad.

(OMS, Organización Mundial de la Salud, 1946) La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, para erigir una vida social y económicamente productiva.

Esta definición, presentada en el preámbulo de la constitución de la OMS, se considera como una concepción de trabajo, la cual ha sido modificada a través de los años. Ya que contemporáneamente, la salud se describe como "Un proceso de balance entre el bienestar físico, la estabilidad mental, el balance en las áreas emotivas y sociales y las creencias espirituales, aunque no necesariamente religiosas..."

Partiendo de estos aportes, es importante hacer mención que dentro de este estudio existen factores y/o determinantes de la salud que son de vital importancia mencionarlos, como son los Factores Sociales y Biológicos.

## 6.6. Factores Sociales

(OMS, Organización Mundial de la Salud, 2008) En su informe final de Comisión, expone que los factores o también llamados determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

### . Los indicadores estadísticos analizados fueron:

#### ✓ Edad

Este término proviene (Del lat. aetas, -ātis). Significa "Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales". Duración de algunas cosas y entidades abstractas. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007).

La edad es un factor biológico y social de gran importancia para el desarrollo de complicaciones obstétricas, debido a las condiciones psicosociales, fisiológicas y económicas que presentan las mujeres, siendo el grupo etareo de mayor riesgo las menores de 20 años y las mayores de 34 años, según normativas MINSA. Cabe señalar, que este estudio incluyó a mujeres que están dentro de estas edades.

#### ✓ Procedencia

Del latín 'procedens', procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. (Larousse Editorial, 2016).

Según el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE, 2018) plantea que, el área urbana se consideran las localidades, cabeceras departamentales, regionales y municipales además las concentraciones de población de 1000 o más habitantes que contaran con algunas características tales como trazado de calles, servicio de luz eléctrica, establecimientos comerciales e industriales y el área rural está comprendida los poblados de menos de 1000 habitantes que no reúnen las condiciones urbanísticas mínimas indicadas y la población dispersa. De la población nicaragüense 2,875,550 pertenecen al área urbana y 2,266,548 pertenecen al área rural.

Área urbana: se considera urbana a las localidades cabeceras departamental, regionales, municipales, además la consideración de la población de 1000 o más habitantes que cuentan con algunas características como: trazado de calle, servicios de agua, luz eléctrica, establecimientos comerciales o industriales. En el Departamento de Matagalpa 174,852 habitantes son del área urbana

Área rural: se llama rurales a todas aquellas áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades que se caracterizan por la inmensidad de espacios verdes que la componen y por tal razón se utilizan a la realización de actividades agropecuarias y agro industriales, 294,320 habitantes pertenecen al área rural.

## ✓ **Ocupación**



La palabra ocupación encuentra su origen etimológico en el vocablo latino “occupatio” y se emplea en varios sentidos, según el contexto. Trabajo u oficio que desempeña una persona, Diccionario de Lengua de la Real Academia Española, (Española, 2014)

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.

#### ✓ **Nivel Escolar**

Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios. Diccionario de Lengua de la Real Academia Española, (RAE, 2016).

Expresa qué parte de la población posee la escolaridad básica establecida por la ley. Por la condición del embarazo, el nivel escolar y las escasas oportunidades de trabajo, las pacientes en su mayoría, se encargan de realizar las labores del hogar, desempeñándose como amas de casa.

#### ✓ **Religión**

(Del lat. religio, -ōnis).1. f. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.2. f. Profesión y observancia de la doctrina religiosa. (Diccionario de la Lengua Española, 2014).

La religión es una parte significativa de Nicaragua, aunque hay libertad de culto y ninguna de ellas es oficial. La Iglesia Católica fue la primera religión cristiana traída en Nicaragua por la colonización española, por mucho tiempo fue la única religión permitida en el país. Más adelante llegó el movimiento protestante al país, se empezaron a construir iglesias en algunas zonas del país en el norte, mientras la capital Managua permaneció con sus regímenes católicos. El avivamiento de los Evangélicos empezó a surgir luego del terremoto de 1972, aunque en la mitad del siglo XX llegó el movimiento de secularización, en la actualidad Nicaragua presencia un gran descenso del catolicismo, decreció aproximadamente un tercio de la población entre 1990 al 2010, favoreciendo a los evangélicos, pero no necesariamente es la religión o grupo que crece, por otra parte también hay un avance del movimiento de secularización (Irreligión), Nicaragua tiene un crecimiento interesante de ateos o agnósticos. A partir de la década de 1990 empezaron pequeños ascensos de otras denominaciones cristianas y otros grupos religiosos no cristianos, en su mayoría son religiones Asia Oriental y el Medio Oriente.

#### ✓ **Estado civil**

Según la Enciclopedia Jurídica en su Edición 2014, (JURÍDICA, 2014) Es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

(JURÍDICA, 2014) Es la Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de

hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero o apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente.

#### ✓ **Número de hijos**

Boletín Demográfico Nro. 76: "América Latina: Proyecciones de Población Urbana y Rural. (CEPAL/CELADE, 2005,) plantea que, Es el número de hijos que en promedio tendría una mujer durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

#### ✓ **Situación Socioeconómica de Las Embarazadas**

La población de Terrabona tiene como principal actividad económica la comercio, agricultura y ganadería, en la cual la mujer tiene poca participación, quienes se desempeñan mayormente como amas de casa, y sus parejas trabajan en el campo.

### **6.7. Factores Biológicos**

Engloban todos los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica

### **Antecedentes obstétricos**

#### **1) Muerte fetal o Muerte neonatal previa.**

Marcar SI en caso que la Muerte fetal haya ocurrido en el periodo perinatal comprendido entre las 28 semanas de gestación y 7 días de vida neonatal. En el abordaje obstétrico se deben de definir posibles causas, eventos obstétricos e infecciosos asociados, si se identificó causa, lugar y personal responsable de la atención u otras patologías asociadas.

Algunas variables que más se asocian a muerte fetal son: anoxia intrauterina (por patologías como Pre eclampsia, diabetes e hipertensión), las malformaciones congénitas y la prematurez. El antecedente de una muerte fetal o neonatal previa incrementa el riesgo hasta 8 veces de un nuevo desenlace perinatal adverso. La muerte fetal es más frecuente en las madres que no reciben atención prenatal adecuada, por lo que debe haber un mayor énfasis en la atención prenatal.

## **2) Antecedentes de 3 o más abortos consecutivos**

Es factor de riesgo para clasificarse como ALTO RIESGO la pérdida gestacional recurrente (PGR) que se define como la pérdida de 3 o más embarazos consecutivos antes de las 22 semanas. Los embarazos previos (3 o más) deben de tener algún método de referencia que permita confirmar la pérdida del mismo con anterioridad, unos de los métodos serian ultrasonido, subunidad beta o reporte de patología, de no ser posible al menos realizar una adecuada historia clínica bien exhaustiva y dirigida que permita confirmar la existencia de una perdida previa. No se incluyen embarazo ectópico ni la enfermedad trofoblástica gestacional.

No deben de incluirse como ARO a la paciente con uno o 2 abortos previos. La probabilidad de una recurrencia después tres pérdidas es de 35%<sup>2</sup>.

### **3) Peso al nacer del último recién nacido (a) menor a 2,500 gramos.**

Los neonatos que pesan menos de 2,500 gramos al nacer son aproximadamente 20 veces más propensos a morir y tienen mayor morbilidad que los de mayor peso<sup>3</sup>, así mismo se incrementa 4 veces el riesgo de que se presente en una nueva gestación el bajo peso cuando es secundario a procesos placentarios. El bajo peso al nacer es el mayor determinante de la mortalidad neonatal. Según la OMS, el índice global a nivel mundial de incidencia de bajo peso es de 17%. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior.

Este peso menor a 2,500 gramos, como factor de riesgo, es sólo sí al momento del nacimiento el recién nacido curso con alguna comorbilidad importante (ingreso a cuidados intensivos, alternaciones médicas de importancia, hospitalizaciones), de lo contrario, si tuvo un peso en este rango sin morbilidad No debe de considerarse como factor de riesgo.

### **4) Peso al nacer del último recién nacido mayor a 4,500 gramos.**

Para fines de riesgo de nuestra población (características latinas de talla baja) este factor será considerado cuando exista la historia de peso mayor a 4,000 gramos.

Es necesario poder establecer claramente el peso previo, condiciones metabólicas de la madre y que dichos factores pueden estar presentes en gestación actual con el fin de poder detectar y prevenir<sup>4</sup> de forma oportuna el excesivo crecimiento fetal. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior.

Las complicaciones maternas que debieran hacernos pensar en Macrosomía fetal son ganancia ponderal excesiva, anemia, amenaza de aborto, placenta previa, Polihidramnios, hipertensión arterial asociada con ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus.

Este peso menor a 4,000 gramos, como factor de riesgo, es solo si al momento del nacimiento el recién nacido cursó con alguna comorbilidad importante (ingreso a cuidados intensivos, hipoglicemia, distócica de partes blandas, alguna lesión durante el parto, etc., hospitalizaciones), de lo contrario, si tuvo un peso en este rango sin morbilidad NO debe de considerarse como factor de riesgo.

#### **5) Hospitalización por Hipertensión o Preeclampsia/Eclampsia en el último Embarazo**

Existe una alta susceptibilidad a los trastornos hipertensivos en el embarazo actual en aquellas mujeres nacidas de madres o con hermanas con estos mismos antecedentes; se incrementa severamente el riesgo hasta 3 veces cuando la embarazada sufrió en gestaciones previas dicho problema

#### **6). Cirugías previas en el tracto reproductivo**

La cirugía en el tracto reproductivo o cualquier procedimiento quirúrgico como diagnóstico y/o tratamiento (Miomectomía, resección de tabique, colonización, cesárea clásica) no constituye un riesgo incrementado para el desarrollo de

complicaciones en el embarazo actual y su importancia está relacionada con el momento de la finalización de la gestación para decidir cuál es la vía ideal para la resolución del embarazo, por tanto se debe de clasificar como paciente ARO y continuará su vigilancia en el I nivel de atención y referir al II nivel al final del III trimestre.

En el caso de cesáreas previas sin otro factor de riesgo se debe de referir a II nivel a las 36 semanas para determinar vía de nacimiento a partir de las 39 semanas (Esta es la edad óptima para programar cesárea sino hay otra morbilidad asociada).

#### **6.8.1.2. Embarazo Actual**

Hace referencia a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados maternos fetales.

##### **1) Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple**

La mortalidad perinatal en gemelos es aproximadamente cinco veces mayor que en embarazos únicos. Este aumento de la mortalidad, debido principalmente a complicaciones derivadas de la prematuridad, es mayor en los embarazos gemelares monocoriales (5%) que, en los bicoriales, de igual manera se incrementa el riesgo de diabetes, síndrome hipertensivo gestacional y las complicaciones derivadas del tipo de gemelos (Mono coriónico) síndrome de transfusión feto, restricción selectiva del crecimiento y secuencia (TRAP).

Toda sospecha o confirmación de embarazo múltiple debe ser referida a valoración especializada. Todo embarazo gemelar debe ser considerado de alto riesgo.

## **2) Menos de 20 años y más de 35 años**

El embarazo en los extremos de la edad fértil (adolescente y embarazo mayor a 35 años) es un factor de riesgo de morbilidad materna, perinatal e infantil; estudios internacionales han comprobado esta asociación. Las investigaciones que evalúan el pronóstico reproductivo en mujeres de 40 o más años, señalan el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer y en el grupo de adolescentes el incremento está a expensas de la morbilidad asociada al estado gestacional.

Lo importante a resaltar que lo que el incremento del riesgo reproductivo está asociado a la morbilidad de la paciente y factores externos asociados (hábitos tóxicos, estado nutricional pre gestacional, condiciones socioeconómicas y de salubridad, patologías, historia médica familiar y personal). Para fines de manejo de población de riesgo se deberá de establecer la connotación que estas pacientes son de riesgo para el desarrollo de patologías y que deben de establecerse todas las estrategias y medidas para detectar de forma temprana y oportuna todos aquellos datos que puedan hacernos sospechar la aparición de complicaciones de forma temprana.

## **3) Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores**

Como premisa inicial, una paciente Primigésta (sin evento obstétrico previo: aborto o parto y/o cesárea), es decir la paciente NULÍPARA con Rh negativo NO DEBE



SER considerada como Alto Riesgo dado que en este momento hay una poca cantidad de antígenos que no son capaces de atravesar la barrera placentaria y provocar una respuesta inmune.

Si una embarazada se detecta que es Rh negativa (y después del segundo evento obstétrico) debe realizarse una búsqueda de anticuerpos anti D (Coombs Indirecto), y si esta prueba resulta positiva clasificar como ARO. El Coombs se deberá de realizar en II y III trimestre (se envía después de las 18 semanas de gestación, antes NO tiene utilidad clínica).

En la primera visita prenatal se deberá conocer el grupo sanguíneo ABO y Rh de la gestante. Se recomienda difundir entre todo el personal de salud la importancia de la tipificación del grupo sanguíneo ABO y Rh tanto de la embarazada como de su pareja desde la primera consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.

Esta acción permitirá definir el riesgo de Isoinmunización. Dicho fenómeno se deberá considerar de riesgo en pacientes no tratadas con Anti D, tener antecedente de un evento obstétrico sin vacuna o desconocer estado de sensibilización.

No aplica como factor de riesgo a aquellas pacientes que se les haya administrado previamente la Inmunoglobulina Anti D en evento obstétrico previo (inmediato anterior) o con prueba de Coombs negativa.

#### **4) Sangrado vaginal**

Todo fenómeno de sangrado de cualquier trimestre del embarazo (de acuerdo a características clínicas ya establecidas y edad gestacional) se debe de manejar de

acuerdo a Protocolo para la atención de Complicaciones Obstétricas y ser referido para valoración especializada.

### **5) Masa pélvica**

Toda masa pélvica ginecológica o no, con sospecha o no de malignidad debe de ser enviada a evaluación especializada<sup>9</sup>. Uno de cada 600 embarazos son complicados con la presencia de masas anéxales (1:442 hasta 1:1300)<sup>10</sup>. Siendo en un 2% a un 5% de estas malignas, resultando en un riesgo de malignidad de 1 por 5,000 a 1 por 18,000 nacimientos.

### **6) Presión arterial diastólica de 90 mm/Hg o más durante el registro de datos.**

Toda paciente captada antes de las 20 semanas con presión arterial diastólica > o igual a 90 mm/Hg debe ser referida para su estudio y valoración y si es mayor a 20 semanas de gestación manejar de acuerdo a Protocolo para la atención de Complicaciones Obstétricas.

La hipertensión gestacional sigue siendo en nuestro país la segunda causa de muerte materna y tiene diferentes síntomas y signos que nos pueden ayudar a realizar detección temprana de proceso hipertensivo.

### **6.8.1.3. Historia clínica general**

#### **I. Diabetes, Nefropatía y cardiopatía.**

Cualquier patología crónica (con diagnóstico previamente confirmado) compensada o no debe de enviarse a evaluación especializada. Una vez que se ha estabilizado la paciente puede regresar al I nivel y continuar vigilancia de Alto Riesgo obstétrico y su debida referencia en el momento oportuno según lo establezca el especialista.

#### **II. Consumo de Drogas y alcohol.**

Cualquier uso actual de sustancia estupefaciente requiere evaluación especializada. Si hay evento agudo de uso de cualquier droga, alcohol y/o cigarrillos referir para valoración especializada.

#### **III. Cualquier otra enfermedad o condición médica severa -**

Cualquier otra patología que se considere de riesgo debe de consignarse aquí y especificar la razón y su debido seguimiento para poder establecer las pautas de manejo. (Aquí se incluyen hiperémesis gravídica no controlable, anemias con grados de alteración hemodinámica, enfermedades endémicas en fase aguda, psicopatologías, PVVS, adolescentes con riesgos activos).

### **6.8. Atención Prenatal.**

Atención Prenatal: Según la Normativa 011, (MINSA, Normativa 011, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo., 2015) Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la

evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

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

- a. **Precoz:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- b. **Periódica:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
- c. **Continua:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- d. **Completa:** Es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
- e. **Amplia cobertura:** Es el porcentaje de población embarazada que recibe atención prenatal.
- f. **Calidad:** Que las atenciones brindadas sean realizadas con base en estándares internacionales en relación a actividades clínicas a desarrollar y que sean susceptibles de comparación y evaluación en relación a esos estándares, gerenciales y de adecuada satisfacción a las embarazadas.
- g. **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.

- h. **Capacidad técnica:** Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud.
- i. **Continuidad:** Es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar la atención y seguimiento del usuario (a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de internamiento.

(Ricardo S. , 2005) Plantea que, 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

Es de mucha importancia recordar que la atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

**El modelo de atención prenatal de la OMS (Carrillo, 2010) clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:**

- Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos.

Las seleccionadas para éste son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal.

➤ **Con la atención prenatal se persigue:**

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido
- La Información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir

La APN debe ser eficiente y cumplir con cuatro requisitos: precoz, periódica, completa y de amplia cobertura.

Las actuaciones de la Red de Atención Primaria de la Salud y de la Red de Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria son las siguientes:

### ❖ **Atención Primaria**

- Captación de la mujer embarazada
- Atención del embarazo normal
- Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Especializada, si procede
- Educación sanitaria y maternal
- Asistencia al puerperio extra hospitalario

### ❖ **Atención Especializada**

- Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo
- Hospitalización del embarazo de riesgo
- Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva
- Controles ecográficos
- Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas
- Control del embarazo que supere las 40 semanas
- Asistencia al parto y puerperio inmediato

En síntesis, 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 morbimortalidad 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.

Habrá que tener presente que 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.

### **Ficha de plan parto**

(MINSA, Plan de parto para la maternidad segura, 2009) Es un instrumento diseñado para facilitar y guiar el proceso de negociación de las actividades relevantes de plan de parto con la mujer y su familia. La ficha permite al personal de salud y agentes comunitarios capacitados; trabajar con la mujer, la pareja y su familia la planificación de la atención del embarazo, parto y puerperio, para saber a tiempo las actividades que deben realizar y tomar decisiones que favorezcan la atención del parto y puerperio en condiciones seguras.

La ficha puede ser negociada y llenada por el personal de salud cuando la embarazada asiste a su atención prenatal en la Unidad de Salud o salidas integrales por demanda espontánea o referida por los agentes comunitarios. La ficha se actualizará cada vez que la mujer asista a su atención prenatal, o en visita domiciliar



realizada por el personal de salud o por los agentes comunitarios capacitados. Esta consta de 4 partes o lados y deben ser llenados con la información proveniente de la embarazada, pareja, familia que están en contacto directo con la embarazada.

El Ministerio de Salud (MINSA, Normativa 011, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo., 2015) en su Normativa 011, plantea que con el fin de erradicar los factores de riesgo a los cuáles se encuentran expuestas las mujeres embarazadas y su Bebé plantea que la atención prenatal cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia en todos los niveles de salud con el fin de minimizar las complicaciones obstétricas por lo que hace énfasis mayormente en la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo para garantizar una atención oportuna y de calidad, desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar por lo menos cuatro atenciones prenatales durante toda la gestación.

Siendo importante de igual manera enfatizar en los aspectos de calidad, que constituyen un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos que puedan ser encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia.

Atendiendo a todos estos aspectos esta Normativa, clasifica según el nuevo modelo de control prenatal a las mujeres embarazadas en dos grupos:

1. Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado componente básico (**“BAJO RIESGO”**).

2. Y aquellas que necesitan cuidados especiales (“**ALTO RIESGO**”) determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. Siendo estos factores de riesgo considerados de la siguiente manera: Según antecedentes obstétricos y Según la Historia Clínica General.

Además de clasificar a la embarazada según el nuevo modelo de APN, esta normativa ofrece ciertos criterios de clasificación de los factores de riesgo, los cuáles se encuentran integrados en el nuevo formulario, los cuáles son:

- Antecedentes Obstétricos
- Embarazo Actual

Además de los factores sociodemográficos y biológicos, se estudió de manera general la atención prenatal, abordando aspectos que influyen en el desarrollo de las complicaciones obstétricas, como, tener el COE completo y en buen estado, conocer el manejo de las complicaciones obstétricas según las normativas actualizadas y el seguimiento de las pacientes ARO.

Se elaboró una entrevista compuesta por 7 preguntas, dirigida a la enfermera del puesto de salud Francisco Buitrago, siendo estas las interrogantes

Preguntas	Respuestas
2. ¿Según el formato de clasificación del embarazo, ¿cuáles son los factores de riesgo que tienen estas embarazadas?	Al aplicar el nuevo formato de clasificación del embarazo, estas mujeres tienen los factores de riesgos: síndrome hipertensivo gestacional, antecedentes de preeclampsia, cesárea anterior, Rh negativo, obesidad, IVU a repetición,

	menores de 20 y mayores de 34, estas mujeres están recibiendo atención especializada dentro del grupo ARO, ya que también hay mujeres menores de 20 años.
3. ¿Conoce Ud. la Normativa 011 (Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo), y su aplicación?	El personal de enfermería conoce las actualizaciones de la normativa 011 ya que se hicieron otras preguntas que no están reflejadas en esta entrevista, ¿Cómo se clasifica actualmente el embarazo? ¿Cuánto peso debe ganar una embarazada obesa durante el embarazo?, entre otras, que enfermería contesto de manera acertada y por lo tanto podemos asegurar que conocen las actualizaciones de la normativa.
4. ¿Conoce Ud. sobre la normativa 109 (protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas) y su aplicación?	De igual manera se hicieron otras interrogantes para determinar el conocimiento sobre esta normativa, de la cual, el personal de enfermería desconoce el manejo de varias complicaciones, sin embargo, conoce el manejo de la complicación que se da con más frecuencia en su puesto de salud, siendo esta la Hipertensión Gestacional.
5. ¿En esta unidad de salud tienen disponible el COE completo para el manejo de las complicaciones maternas?	Si, el puesto de salud cuenta con el COE, aunque en algunas ocasiones de presentarse una emergencia o código rojo debe reportarse a una instancia superior para conseguir el medicamento que debe tener la embarazada mientras es referida.

<p>6. ¿Cuál es la complicación materna de la segunda mitad del embarazo que se presenta con mayor frecuencia?</p>	<p>La Hipertensión Gestacional, es la complicación más frecuente en el puesto de salud Francisco Buitrago.</p>
<p>7. ¿Cuál es el seguimiento que le dan a la embarazada clasificada como ARO?</p>	<p>Enfermería en conjunto con los brigadistas del municipio realizan visitas domiciliarias a la embarazadas inasistentes, sin embargo, si la paciente es ARO, aunque llegue a sus controles prenatales programados siempre se está vigilando la evolución de su embarazo, además de referirla oportunamente al especialista. Se educa constantemente a la embarazada y a su familia sobre señales de peligro, se realiza un control prenatal de calidad cumpliendo con todas las actividades pertinentes, se realizan todos los exámenes en tiempo y forma que puedan fortalecer el diagnóstico de la embarazada, se d el tratamiento adecuado según factores de riesgo y semanas de gestación, se educa a la paciente sobre estilos de vida saludable, alimentación sana y se hace énfasis en el plan parto.</p>
<p>8. ¿Brinda consejería a las embarazadas sobre las señales de peligro?</p>	<p>En cada control prenatal el personal de enfermería enseña a las embarazadas y a sus familiares las señales de peligro, exponiendo cada una de ellas de manera clara y sencilla, utilizando un lenguaje coloquial, además de hacer el uso de medios visuales como los murales y panfletos que ilustran de manera sencilla como son las señales de peligro.</p>

<p>9. ¿Da a conocer a las embarazadas sobre el plan parto?</p>	<p>Además de ser un requisito de todo control prenatal, la ficha del plan parto es de vital importancia para negociar con la embarazada su debido ingreso a la casa materna y la preparación para su parto, el personal de enfermería utiliza esta estrategia para dar seguimiento a la embarazada, y determinar donde será su parto, los medios que se utilizaran para el traslado, y a quienes se debe llamar en caso de emergencia. En conjunto con los brigadistas de salud y líderes comunitarios se provee un plan parto que permita una maternidad segura y evitar los partos domiciliarios.</p>
--	---

Fuente: Elaboración Propia, a partir de la encuesta

Revisadas las interrogantes se conoce el número de embarazadas anotadas en el censo gerencial con captación precoz que en total son 39 mujeres de las cuales solo se tomó una muestra de 10 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y en relación a los factores de riesgos encontrados cuántas estaban clasificadas como ARO las cuales manifestaron que fueron 3 pacientes según el nuevo formato de clasificación además se indago sobre los conocimientos que tenía el personal de salud sobre las principales complicaciones y su abordaje se pudo conocer que el personal maneja las actualizaciones de las normativas correspondientes y se conoce el manejo de la principal complicación siendo esta la hipertensión arterial gestacional sin embargo se observan muchas debilidades Ya que las mujeres embarazadas están siendo atendidas pero el manejo clínico no esta siendo el adecuado ya que los expedientes no cumplen al 100% para su calidad de atención se están indicando el calcio y la ASA en momentos inadecuados además las dosis

no son las correctas y al igual el análisis del IMC materno y la ganancia de peso en cada APN.

La unidad de salud cuenta con el COE y en buena condición se conoció el abordaje que se les da y las referencias oportunas a unidades de mayor resolución sobre la consejería a la embarazada en cada APN y la importancia del plan de parto

## **7. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**

### **7.1. Complicación**

El Diccionario Médico (Clínica Universidad De Navarra 2019), hace referencia a este término de la siguiente manera: f. Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

### **7.2. Complicación Obstétrica**

Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. Además, cabe señalar que las complicaciones obstétricas pueden tener efectos de largo plazo tanto en la Madre como en el Bebe ya que son afecciones o procesos patológicos asociados al embarazo.

Estas pueden darse durante o después del embarazo y puede ir desde trastornos menores a enfermedades importantes que requieran intervención médica, las cuales Incluyen enfermedades en mujeres embarazadas y embarazos en mujeres con enfermedades.

Es importante mencionar que cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las Complicaciones del Embarazo embarazadas y a los recién nacidos. La OMS se ha comprometido a apoyar la reducción acelerada de la mortalidad materna para 2030, como parte de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Para que esto ocurra hay que disponer de una atención de calidad a la salud reproductiva, materna y neonatal que sea accesible y aceptable para todos los que la necesiten. Como parte de la Estrategia para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS y los asociados prestan apoyo a los países para que logren este objetivo, de modo que las mujeres, las niñas y las adolescentes puedan sobrevivir y desarrollarse.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, REVISTA CONAMED // VOL. 21 Núm. 4, octubre - diciembre , 2016) define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores.

Según RC Pattinson, (OMS, REVISTA CONAMED // VOL. 21 Núm. 4, octubre - diciembre , 2016) define morbilidad obstétrica extrema, como una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre.

Cabe señalar que el Embarazo para la Organización Mundial de la Salud (OMS, organizacion mundial de la salud, 2016) comienza cuando termina la implantación, este proceso comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade

el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo.

Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.

Es un proceso increíblemente perfecto que inicia con la interrupción de los ciclos menstruales en el cual la mujer, por la posibilidad que le brinda su sistema reproductivo protege, nutre y permite el desarrollo del feto.

Dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación, aproximadamente unos 9 meses. En este período transcurre una serie de significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

(OMS, s.f.) Considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definió a la 'edad materna avanzada' como aquella mayor de 35 años. Otros términos comúnmente usados son 'añosa', 'madura' y 'geriátrica'. Actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera madres añosas a partir de 35 e incluso de 38 años. El primer factor de riesgo en el embarazo es la edad, por mucho se sabe que



esta variable puede permitir un buen desarrollo fetal o bien un desarrollo de alto riesgo que en ocasiones amenaza la vida de ambos seres.

### **7.3. Complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo.**

Según el MINSA Nicaragua en la Normativa 109, (MINSA, 2018) el embarazo se divide en dos ciclos de 20 semanas de gestación cada una se denomina primera y segunda mitad del embarazo.

#### **7.3.1. Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo.**

(Menéndez Velázquez JF, 2003). Es una de las principales complicaciones que ocurre durante el embarazo y constituye una de las principales causas de muertes maternas afectando a toda mujer que presente sangrado transvaginal en las primeras 22 semanas de embarazo, desafortunadamente al igual que la mayoría de estos eventos ocurren súbitamente sin poderlos prevenir y si la mujer no recibe tratamiento a tiempo probablemente resultará incapacitada o morirá, estas son comunes se calcula que entre 50% al 70% de todos los óvulos fertilizados se pierden en forma espontánea, generalmente antes de que la mujer sepa que está embarazada.

Según la Normativa 109, (MINSA, 2018) nos refleja que el aborto es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g de peso, que se alcanza a las 22 semanas, el sangrado es precoz si se presenta en la primera mitad del embarazo, es tardío si aparece en la segunda mitad del embarazo.

Cabe destacar que toda mujer embarazada ya se dé alto o bajo riesgo obstétrico se debe de tener un cuidado especial tanto de alimentación, así como de no realizar

ejercicios bruscos que pongan en riesgo la vida del feto y por ende de ella misma, puesto que puede desencadenar un sangrado que la puede llevar a una hemorragia obstétrica ya sea por un aborto en curso, inevitable o incompleto.

Pues de acuerdo con la Normativa 109 (MINSA, 2018), el sangrado se considera hemorragia cuando supera el volumen de 500 cc, disminuye en un 10 % de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles previos y/o hace a la paciente sintomática (mareo, síncope) o resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

Las principales consecuencias pueden ser: anemia aguda, hipotensión, shock hipovolémico, shock séptico, coagulación intravascular diseminada, pérdida de la capacidad reproductiva, morbilidad extrema, muerte materna, etc.

#### **7.3.1.1. Placenta Previa**

Es la implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, sea cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de la semana 24 de gestación. Debido a su alta asociación con la paridad elevada, cesáreas previas y legrados uterinos, se sugiere el daño endometrial como un factor etiológico.

La placenta previa, forma parte de las anomalías de la inserción placentaria, su incidencia es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo; para acretismo placentario 1 por cada 533 embarazos.

Según Normativa 109, (MINSA, 2018) Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, define Placenta Previa como Condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino a una distancia menor a 20 milímetros del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo fetal.

La prevalencia de placenta previa es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. Esta complicación, supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación.

Acretismo placentario es el término general que se emplea en casos en los que la decidua basal penetra dentro y a través del miometrio.

De acuerdo al grado de invasión puede dividirse en acreta, increta y percreta. Se destinó la sección final de este capítulo para profundizar en aspectos relevantes de esta entidad por su alta mortalidad.

Por lo tanto la Placenta Previa constituye la primera causa de hemorragia del primer y tercer trimestre, presentando recidivas en el 1% y 3% de los embarazos subsiguientes en ellos influyen elementos como la edad materna avanzada (igual o mayor de 35 años), Multiparidad (5 ó más hijos), período intergenésico corto (<18meses), endometritis, malformaciones uterinas, antecedente de cirugía uterina (legrados, cesáreas, Miomectomia), gestaciones múltiples, anemia, Periodo intergenésico corto, endometritis Crónica. (Histeroscopia Operatoria, antecedente de placenta previa. la tasa de recidiva es de 4% a 8%), tumores uterinos, tabaquismo/ Cocaína.

**Los mecanismos a través de los cuales se presentan estas anomalías de placentación podrían ser:**

- a. Deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, lo que provoca que el huevo fecundado se implante en la parte baja del útero.
- b. Capacidad de fijación del endometrio disminuida por procesos infecciosos en zonas superiores del útero.
- c. Vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos, como cesárea y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero.

**Clasificación**

Su clasificación estará determinada por la ubicación de la inserción placentaria de la siguiente manera:

- a. Placenta previa total: cuando la placenta cubre completamente el cérvix.
- b. Placenta previa parcial: cuando la placenta cubre el cérvix parcialmente.
- c. Placenta previa marginal: cuando la placenta está cerca del borde del cérvix, pero no lo obstruye.

**Manifestaciones Clínicas:**

- ❖ Sangrado transvaginal: aparece en el segundo o tercer trimestre, rojo rutilante, de inicio insidioso aparece en reposo y desaparece espontáneamente.

- ❖ El tono uterino es normal.
- ❖ No hay dolor abdominal.
- ❖ Frecuencia cardíaca fetal es variable según la intensidad del sangrado.
- ❖ Feto generalmente está vivo, la presentación está libre y presentaciones Viciosas.

### **Manejo en primer nivel de atención.**

- ❖ Referencia oportuna.
- ❖ Garantizar dos accesos venosos periféricos con bránula No.14 y 16, en el mismo brazo y administrar Cristaloides (Ringer, Hartmann o Solución Salina) según las pérdidas hemáticas y el estado hemodinámico de la paciente.
- ❖ Vigilar signos vitales, y frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos hasta que se haga efectivo el traslado.
- ❖ Iniciar madurez pulmonar fetal desde las 24 hasta las 36.6 semanas completas de gestación. Aplique esquema de maduración pulmonar: Dexametasona 6mg.
- ❖ IM, cada 12 horas, por 4 dosis.
- ❖ Realice únicamente especuloscopia. No realice tacto vaginal.

## **Segundo Nivel de Atención.**

El tratamiento dependerá de la edad gestacional, del tipo de anomalía de la inserción placentaria, de si está o no en trabajo de parto avanzado, de la magnitud e intensidad del sangrado y del estado general de la paciente y el feto.

### **7.3.1.2. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta.**

La aparición de la hemorragia obstétrica en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma, teniendo en cuenta que el Desprendimiento de placenta es la segunda causa de los sangrados de la segunda mitad del embarazo por detrás de la placenta previa afectando al 2% al 5% de los embarazos. Toda mujer embarazada que llegue con sangrado transvaginal posterior a las 22 semanas de embarazo.

El cuadro de DPPNI, o “Abruptio Placentae” se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto en el que influye la edad mayor de 35 años, hipertensión (Preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión crónica), cicatrices uterinas previas (LUI, AMEU, Miomectomía, Cesáreas), embarazo gemelar, Polihidramnios, ruptura prematura de membranas, Multiparidad, latrogenia, antecedente de DPPNI (aumenta 10 veces la probabilidad), Cerdn corto, descompresión uterina brusca, tabaquismo y consumo de cocaína, Polisistolia, traumatismos directos o indirectos sobre el abdomen, traumatismos internos (versión interna).

### **7.3.1.3. Ruptura Uterina.**

La ruptura uterina es un evento amenazador para la vida, que puede ocurrir durante el embarazo o en el trabajo de parto incluyendo el periodo expulsivo. Se entiende

por ruptura uterina al desgarro de la porción supra-vaginal del cuello, del segmento inferior del cuerpo del útero.

En la mayoría de los casos el origen de este evento debe ser atribuido a alguna causa materna o fetal, que sobrepasando la resistencia elástica de la fibra uterina logra romperla o disociarla, tal como ocurre cuando padecimientos propios del músculo uterino o de los anexos fetales logran producir este accidente durante el curso del embarazo, este afecta a toda mujer embarazada con sangrado transvaginal durante el parto y que se sospeche de una ruptura uterina.

Según la Normativa 109 (MINSa, 2018) , Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales de la cavidad uterina a la cavidad abdominal, no considerándose como tales la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

Se considera una mujer embarazada con mayor riesgo para presentar una ruptura uterina cuando existe: Multiparidad, desproporción Céfalo-pélvica, hipoplasia uterina, malformaciones uterinas, cirugía uterina previa: Miomectomía, Cesárea Anterior (corporal, segmento corporal), plastia uterina, periodo intergenésico de 1824 meses de una cesárea anterior, ruptura uterina previa, Iatrogénicas: Uso de prostaglandina (misoprostol), Oxitocina, Parto Instrumental, Maniobras de Kristeller y traumatismo Externo.

#### **7.3.1.4. Estados Hipertensivos en el Embarazo.**

De acuerdo con Schwartz (Shwartz Ricardo, 2005) la hipertensión arterial durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna,

ya que produce edemas restricción del crecimiento fetal y prematuridad, la hipertensión puede presentarse sola o asociada con edemas y proteinuria.

La presencia de edema como signo patológico es un hecho controvertido ya que muchas embarazadas lo presentan sin patologías asociadas, sin embargo, es detectada en los casos más severos y prácticamente están presentes en las preeclampsia severas y en las eclampsias.

Por otra parte el protocolo de atención a las complicaciones obstétricas del (MINSA, 2018), refleja que las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa, esta afecta a toda embarazada que tenga factores de riesgo para desarrollar el Síndrome Hipertensivo Gestacional, sea hipertensa previamente al embarazo o desarrolle hipertensión durante el mismo, estos constituye la complicación médica más frecuente del embarazo que afecta al 5%-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbimortalidad materna y perinatal.

Las complicaciones maternas de la preeclampsia se derivan del daño endotelial e inflamatorio generalizado, lo que induce a disfunción de menor o mayor gravedad en órganos tales como el cerebro, hígado, riñón, pulmón, corazón y otros, en asociación con alteraciones hematológicas e inmunológicas.

El mal resultado perinatal se debe a la isquemia del lecho placentario el cual causa restricción del crecimiento fetal, muerte fetal, desprendimiento prematuro de placenta y a la prematuridad secundaria a la interrupción del embarazo realizada por indicación materna o fetal. Pese a la gran importancia de estos trastornos, su



etiopatogenia no ha sido aclarada, su evolución es impredecible y su tratamiento farmacológico no ha tenido un resultado muy efectivo. La finalización del embarazo sigue siendo la única intervención capaz de detener el proceso fisiopatológico de la enfermedad.

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

#### **7.3.1.5. Hipertensión Arterial Crónica.**

Schwarcz (Shwartz Ricardo, 2005) define la hipertensión arterial crónica a la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas las cifras tensionales permanecen elevadas después de las 12 semanas posparto.

La frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos, de éstas más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal. Se definen tres grupos en la hipertensión arterial crónica:

Pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el embarazo y que coexiste con el mismo.

Pacientes con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación. Pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.

### **7.3.1.6. Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia Sobreagregada**

Según Schwarcz (Shwartz Ricardo, 2005) la preeclampsia Sobreagregada o sobreimpuesta a la hipertensión arterial crónica es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico largo de las 20 semanas de embarazo que desaparecen después del parto; en 1998 encontraron que el 25% de las embarazadas con HTA crónica desarrolla preeclampsia sobreimpuesta al riesgo de presentar DPPN y de restricción del crecimiento fetal se encuentra aumentado en estas pacientes, cuyo pronóstico es peor que cualquiera de las dos condiciones aisladas.

Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. La hipertensión crónica se complica con preeclampsia en un 25%. La existencia de los siguientes parámetros permite realizar el diagnóstico:

Pacientes con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de la semana 20) que desarrolla proteinuria significativa luego de la semana 20 del embarazo.

Pacientes con hipertensión arterial y proteinuria (antes de la semana 20) que presenta uno de los siguientes:

1. Incremento de la proteinuria basal.

2. Elevación de la presión arterial en pacientes que previamente se encontraban compensadas.
3. Pacientes con hipertensión arterial crónica (antes de la semana 20) que desarrolla trombocitopenia o anemia hemolítica microangiopática o incremento de las enzimas hepáticas (SINDROME DE HELLP).

### **7.3.1.7. Hipertensión Gestacional.**

En base al concepto encontrado en Schwartz, (Shwartz Ricardo, 2005) ,nos dice que la hipertensión gestacional es una verdadera enfermedad endotelial y dentro de las múltiples funciones que le competen al endotelio esta la secreción de sustancias tales como la prostaglandina, la endotelial, el óxido nítrico y la proteína C, cuando alguna noxa causa daño endotelial la producción de anticoagulantes y vasodilatadores disminuye, en conclusión hay una expansión inapropiada del volumen plasmático, con una sensibilidad aumentada a la angiotensina II .

Se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas.

Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas. Se puede reclasificar en dos categorías posterior al embarazo:

**Hipertensión transitoria:** Si se normaliza la presión arterial luego de la resolución del embarazo, en un período menor a 6 semanas de puerperio.

**Hipertensión crónica:** Paciente persiste con hipertensión arterial luego de 6 semanas del puerperio.

#### **7.3.1.8. 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.

Por otra parte Schwarcz expresa que la preeclampsia es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria, ambas desaparecen en el posparto, la preeclampsia es un síndrome específico del embarazo y se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vaso espasmos y a la activación endotelial, cuando más severa es la hipertensión y la proteinuria más severo es el diagnóstico de preeclampsia esta se divide en dos grupos:

##### **7.3.1.8.1. Preeclampsia moderada:**

Presión arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg y/o diastólica  $\geq 90$  mm Hg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, sin evidencia de daño a órgano blanco, Considerar también cuando la Presión Arterial Media (PAM) se encuentra entre 106-125mmHg. Proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o 1 cruz (+) en cinta reactiva en 2 tomas con un intervalo de 4 horas, en ausencia de infección del tracto urinario o sangrado.

### **7.3.1.8.2. Preeclampsia Grave**

Se realiza el diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial y proteinuria significativa que presentan uno o más de los siguientes criterios de daño a órgano blanco cuando la presión arterial sistólica  $\geq 160$  mm Hg y/o diastólica  $\geq 110$  mm Hg y/o Presión Arterial Media  $\geq 126$  mm Hg, proteinuria  $\geq 5$  gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva  $\geq 3$  cruces (+++), oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina  $\geq 1.2$  mg/dl, trombocitopenia menor a 100,000  $\text{mm}^3$  o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (elevación de LDH mayor a 600 U/L), elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual 70 UI, síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia, edema agudo de pulmón o cianosis, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

### **7.3.1.9. 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.

Aunque el síndrome de HELLP no ha sido incluido en la clasificación de ACOG y del Working Group, recordemos que esta entidad no ha sido independizada de la fisiopatología de la preeclampsia, es una complicación extrema de ésta. Su denominación se RESTRINGE a que existan todos los criterios para su diagnóstico y se recomienda evitar el término de HELLP incompleto.

En base a lo escrito en el libro de Schwarcz la eclampsia se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes pre eclámpticas que no pueden ser

atribuidas a otra causa, esta es una emergencia obstétrica con alto riesgo materno y fetal, es el punto culminante de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las convulsiones aparecen antes del trabajo de parto y el resto en el posparto, puede presentarse hasta 48 horas después del parto y en las nulíparas se han descrito convulsiones hasta 10 días posparto.

Una paciente se considera de alto riesgo para preeclampsia cuando su edad materna igual o mayor de 40 años, presenta antecedentes de : Preeclampsia previa, anticuerpo antifosfolipidos, hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes preexistente, historia de madre o hermanas con preeclampsia, embarazo múltiple, el intervalo intergenésico es igual o mayor a 10 años, presenta una presión arterial sistólica mayor o igual a 130 mm hg., o presión arterial diastólica mayor o igual a 80, enfermedad periodontal, enfermedad de vías urinarias.

#### **7.3.1.10. Ruptura Prematura de Membranas.**

Es una enfermedad de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno-fetales asociadas como: infección, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, displasia bronco pulmonar, ductus arterioso permeable y retinopatía por prematuridad.

También aumenta la mortalidad perinatal, ya que tiene que ver con la inmadurez del recién nacido cuya complicación más frecuente es la presencia de membrana hialina. La frecuencia con que se presenta la ruptura prematura de membranas es del 10%, esta afecta a toda Embarazada mayor de 22 semanas gestación con feto mayor de 500 gramos Por fotometría que acuda a consulta aquejando salida de líquido por vagina.

De acuerdo con la normativa 109 del ministerio de salud, esta patología se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto. Dentro de ella se encuentran:

### 7.3.1.11. Ruptura prolongada de membranas

Ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.

- **Periodo de latencia:** Intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.
- **Falsa ruptura de membranas**, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular: La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.
- **Ruptura Precoz:** Es la que acontece durante el período de dilatación, antes de que este se haya completado.
- **Ruptura tempestiva:** Es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
- **Ruptura alta:** Cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
- **Ruptura espontanea:** Es la que se produce sin intervenciones.
- **Ruptura artificial:** Cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

En la ruptura prematura de membranas influyen elementos como un bajo nivel socioeconómico, infección del tracto genital inferior (ITS), antecedente de parto pretérmino, embarazo con un DIU, debilidad inherente de las membranas, Corioamnioitis, esfuerzo excesivo, infección Urinaria, Sobre distensión uterina (Gestación múltiple, Polihidramnios, Macrosomía fetal), desproporción cefalopélvica, déficit nutricional, incompetencia ístmico cervical. Colonización cervical por tratamientos al cuello del útero; cerclaje), antecedentes de ruptura de membranas, hemorragia preparto, disminución del colágeno de las membranas, desnutrición, tabaquismo, enfermedades pulmonares durante el embarazo, amniocentesis.

## **8. Diabetes gestacional.**

Tipo de intolerancia a la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo, a partir de las 24 semanas de gestación. No excluye la posibilidad de una intolerancia a la glucosa no reconocida que se haya iniciado antes o al principio de la gestación

Mujeres con riesgo alto para el desarrollo de diabetes gestacional: Son aquellas que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: obesidad (IMC  $>30$  Kg/m<sup>2</sup>), glucosuria, antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica, antecedentes familiares de diabetes en primer grado.

**En las mujeres embarazadas diabéticas, hay que enfatizar en los siguientes aspectos:**

- Cálculo de la edad gestacional de acuerdo con la historia y signos físicos



- Progreso y complicaciones de embarazos anteriores
- Examen de fondo de ojo materno (para identificar retinopatía diabética)
- Medición de la presión arterial
- Examen general de orina y urocultivo, medición de la hemoglobina glucosilada Manejo ambulatorio

Se le brindará seguimiento por el primer nivel de atención a pacientes con diabetes mellitus pre gestacional o gestacional compensada con los siguientes datos de laboratorio: glucemia en ayunas entre 70 y 90 mg/dL y postprandial a las 2 horas menor o igual a 120 mg/dL, hemoglobina glucosilada menor de 6%, ausencia de glucosuria, proteinuria y de cuerpos cetónicos. Las pacientes que presenten Ácido úrico, creatinina y transaminasas en valores anormales, o dislipidemia deberán ser evaluadas por el especialista de manera inmediata.

## VII. MARCO CONCEPTUAL

### Atención Prenatal:

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

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

- A. **Precoz:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- B. **Periódica:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
- C. **Continua:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- D. **Completa:** Es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
- E. **Amplia cobertura:** Es el porcentaje de población embarazada que recibe atención prenatal.

- F. **Calidad:** Que las atenciones brindadas sean realizadas con base en estándares internacionales en relación a actividades clínicas a desarrollar y que sean susceptibles de comparación y evaluación en relación a esos estándares, gerenciales y de adecuada satisfacción a las embarazadas.
- G. **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.
- H. **Capacidad técnica:** Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud.
1. **Continuidad:** Es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar la atención y seguimiento del usuario (a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de internamiento.
  2. **Consulta Especializada:** Es la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios en las cuatro especialidades médicas básicas y todas las subespecialidades que de ellas se derivan.
  3. **Consulta Externa:** Es la atención médica, en la cual mediante interrogatorio y exploración del paciente se llega a un diagnóstico.
  4. **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales:** es una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna y en recién nacidos, que integra una red de servicios de salud apta para la atención de madres y recién nacidos, articulada con sistemas activos de referencia y respuesta de la red de servicios y también desde la comunidad e inmersa en el sistema de conducción y gestión local en salud.

5. **Equidad:** Los prestadores de servicios de salud deben garantizar a través del sistema sanitario todas las actividades por igual que garanticen a las usuarias acceder y utilizar los servicios de salud a través de la educación, tratamiento, comunicación y la promoción de actividades médicas y de enfermería.
6. **Edad gestacional:** Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.
7. **Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos:** Es una estrategia comunitaria que permita mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres, hombres y adolescentes que habitan en comunidades y barrios con dificultades de accesibilidad para recibir atención integral en los servicios de salud.
8. **Embarazo normal:** Es una condición de la mujer Feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.
9. **Embarazo de alto riesgo:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto.
10. **Embarazo de bajo riesgo:** Aquel en la que no existen estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre o del feto son mínimos.

11. **Muerte Fetal:** Es la muerte de un producto de la concepción a partir de las 22 semanas o más de gestación antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre.
12. **Mortalidad Perinatal:** Es la muerte del producto a partir de las 28 semanas de gestación hasta antes del séptimo día de vida. Comprende la suma de la mortalidad fetal tardía más la mortalidad neonatal precoz.
13. **Mortalidad Materna:** Es la muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo independientemente de la duración o localización de éste por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales y pue den ser directas e indirectas.
14. **Mortalidad materna por causas obstétricas directas:** Esta clasificación incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
15. **Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
16. **Periodo intergenésico:** Periodo de tiempo que se extiende desde el último embarazo (parto o aborto), y el inicio del siguiente embarazo.

- 17. Pérdida gestacional recurrente:** Es la pérdida de tres o más embarazos consecutivos antes de las 22 semanas de gestación sin incluir embarazos ectópicos ni mola hidatidiforme.
- 18. Plan de Parto para la Maternidad Segura (PPMS):** Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.
- 19. Riesgo:** Es la posibilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.
- 20. Riesgo reproductivo:** Es la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer no embarazada en edad fértil, como su Feto potencial de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.
- 21. Satisfacción del usuario (a):** Es la percepción de los usuarios (as) Feto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.

## VIII. ACRONIMOS

APN Atención Prenatal / PF Planificación Familiar

APP Antecedentes personales patológicos

APF Antecedente familiares patológicos

COE Complicaciones Obstétricas de Emergencia

DM Diabetes mellitus

HTAC Hipertensión arterial crónica

IMC Índice de masa corporal

FPP Fecha de probable de parto

FUM Fecha de última menstruación

VIH Virus de inmunodeficiencia humana

RPR Reagina plasmática rápida

PA Presión arterial

KG Kilogramos

PGR Perdida gestacional recurrente

RN Recién Nacido (a)

RPM Ruptura prematura de membranas

RCIU Restricción del crecimiento intrauterino

IVU Infección de vías urinarias

PO Por vía oral

NPO Nada por vía oral

## **IX. MARCO LEGAL**

Constitución de Nicaragua: Arto. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Ley 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I, Arto 4 “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”.

En su título II, Capítulo I, Arto7, Numeral 6 “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”.

En su Sección 3, Arto 108, “Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud”.

El Reglamento de la Ley General de Salud establece en su Título VII, Capítulo

II, Sección I, Arto 50, “Para el cumplimiento del Paquete Básico de Servicios de Salud, el I Nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el Ministerio de Salud”.

En su Título VII, Capítulo II, .Arto 75, “Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y



otras disposiciones sobre calidad, ética e información Epidemiológica y de Gestión establecida para ellos”, en su Arto 80, numeral 4 y 5 establece, “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privados, tiene las obligaciones siguientes:

- Cumplirán con los manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad”.

En su capítulo VII, Sección 2, Funciones de los Hospitales, Arto 96, numeral 2, 4, 6 y 8:

- Brindar servicios de salud a la población, de acuerdo con su capacidad resolutive.
- Ejecutar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios.
- Garantizar la seguridad de las y los usuarias/os velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.

En su Sección 3, Arto 108, “Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud”.

En su Arto 109, “Ningún nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico puede ser introducido en el hospital si no es autorizado por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, y revisado técnicamente por el comité de evaluación de calidad del Hospital. Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo.

En su Título IX, “Sistema de Garantía de Calidad”, Capítulo I, Aspectos Generales, Arto 122, numeral 1 y 2, Para el cumplimiento de las funciones el Sistema de Garantía de Calidad, el MINSA deberá:

- Normar los aspectos técnico- administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
- Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de los servicios de salud.

En su Capítulo V, “Del ejercicio profesional”, Arto 165, “El MINSA, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley y a través de la Dirección de Regulación de Profesionales de la salud, administrará el registro Nacional de profesionales y técnicos de la salud, con el objeto de promover el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, fortaleciendo el proceso de actualización y especialización profesional”.

En su Arto 169, establece, “El profesional de salud, deberá agregar su firma al código referido en el artículo que precede para cualquier trámite de autenticación de documentos, como certificado de salud, recetas, subsidios, hoja de defunción, nacimiento, epicrisis, historia clínica, exámenes de laboratorio, entre otros”.

En su Arto, No 170. Con el objeto de velar que se cumpla la función social del ejercicio profesional, el MINSA, deberá:

- Regular el cumplimiento de la prescripción de medicamentos, en donde los únicos autorizados son los profesionales de la salud con título de doctor en medicina y cirugía /especialidades /cirujano /dentista /especialidades.

En su Arto 174, establece, “El personal no profesional autorizado para la provisión de servicios en materia de obstetricia podrá atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso de ello al establecimiento de salud más cercano por medio de tercera persona, en un plazo máximo no mayor de siete días”.

Compromisos de país a nivel internacional:

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

- En Diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer.
- En 1989 en Ámsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI. Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo.
- En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
- En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la

reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

La Calidad de Vida y la Planificación Familiar fueron establecidos como Principios Fundamentales, así como se afirmó el Derecho Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, la Opción Libre e Informada, el Respeto a la Integridad Física y el Derecho a no Sufrir Discriminación ni Coerción en todos los asuntos relacionados con la Vida Sexual y Reproductiva de las Personas.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).

## **X. HIPOTESIS / PREGUNTAS DIRECTRICES**

De acuerdo a lo antes mencionado se plantean las siguientes preguntas directrices:

1. ¿Cómo identificar los factores de riesgo que inciden en las complicaciones obstétricas en la II mitad del embarazo?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en las complicaciones de la segunda mitad del Embarazo en el Centro de Salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona, del Departamento de Matagalpa?
3. ¿Qué estrategias se pueden implementar para disminuir las complicaciones maternas de la segunda mitad de embarazo en las pacientes captadas en el Puesto de Salud Francisco Buitrago?

## Capítulo III

### XI. DISEÑO METODOLÓGICO

#### Tipo de estudio

La presente investigación se estructuró bajo un enfoque filosófico de tipo cuantitativo con implicaciones cualitativas

**Analítico:** La modalidad del estudio es la de analizar como es, y la forma de cómo se manifiestan los fenómenos y sus componentes, mediante indicadores que permitan identificar los factores de riesgo que inciden mayormente en las complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo.

**Cualitativa:** Esta investigación es cualitativa (según Sampieri, 2010), la información está basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados. También analiza la información que se obtiene entre los sujetos y la relación de significado para ellos, según contextos culturales, ideológicos y sociológicos.

**Cuantitativo:** Esta investigación es cuantitativa (según Sampieri, 2010) establece que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis y/o preguntas directrices, establecidas previamente y confiar en la medición numérica el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

**Descriptivo:** Este estudio es descriptivo según el análisis (Reyes y Carrillo, 2010) afirma que los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar “como es “o “como está”. La situación de las variables que deberán estudiarse a una población. A partir de las variables que se establecieron al inicio de la investigación se identificaron los factores de riesgo que inciden mayormente en las complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo, en las mujeres que asisten al puesto de salud Fabio Martínez del Municipio de San Dionisio, Departamento de Matagalpa.

**Prospectivo:** son aquellos estudios en los que el investigador, registra información, según van ocurriendo los fenómenos. En este estudio los datos se recolectaron en el presente, pero se toma información sobre los hechos que están ocurriendo en el momento y los datos se analizaron en un determinado tiempo, II semestre del año 2019.

### **Corte Transversal:**

Para (Reyes & Carrillo, 2010) es de corte transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo, comprendido en el II semestre 2019.

### **Área de estudio**

Se refiere el espacio geográfico donde se realizó la investigación.

Se realizó el estudio en el Puesto de Salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona, del Departamento de Matagalpa.

Se encuentra ubicado en el sector urbano, del parque central 500 mts al oeste cuanta con 3 consultorios para consultas generales 1 sala de labor y parto y

puerperio, una sala de odontología 1 sala de medicina natural una sala de observación y emergencia y para la realización de procedimientos además la sala de UAF y el PAI actualmente se realizaron remodelaciones de las instalaciones donde se encuentran ubicadas las oficinas de administración, estadística, FETSALUD, gestión comunitaria, ETV y atiende una población de 14,678 habitantes.

## **Universo**

“Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinada especificación”  
“(Hernández, Fernández & Baptista 2010) ”.

El Universo estuvo representado por 39 Mujeres embarazadas procedentes de los distintos barrios que cubre el puesto de salud Francisco Buitrago, entre las edades de 15-41 años y que asistieron a control prenatal en el II Semestre 2018.

## **Muestra**

Es una parte o subconjunto del universo.

La muestra estuvo representada por 10 mujeres embarazadas entre las edades de 18 a 41 años, atendidas en el Puesto de Salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona, Departamento de Matagalpa, en el II Semestre del año 2019

Cabe señalar que las especificaciones de este estudio son un indicador que se considera un factor de riesgo potencial para desarrollar complicaciones obstétricas, las cuales se han presentado en pacientes con edades extremas (menor de 20 y mayor de 35), siendo la principal complicación, la Hipertensión Gestacional.



## **Criterios de inclusión**

**Los criterios de inclusión son los siguientes:**

- Mujeres Embarazadas que fueron atendidas en el puesto de salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona del Departamento de Matagalpa en el II semestre 2019.
- Mujeres Embarazadas cursando la segunda mitad del embarazo.

## **Criterios de exclusión**

- Mujeres Embarazadas, que no pertenecen al puesto de salud Francisco Buitrago.
- Mujeres Embarazadas que no se encuentran cursando la segunda mitad del embarazo.

## **Técnica e Instrumento de Recolección de Información**

**Técnica:** Para (Reyes & Carrillo, 2010) es el conjunto de reglas y procedimientos que permiten al investigador la relación con el objeto y sujeto de investigación.

### **Las técnicas utilizadas en este estudio,**

**La encuesta,** que es definida por (Reyes & Carrillo, 2010), como un método de recogida de datos, por medio de preguntas, cuyas respuestas, se obtienen en forma escritas, la cual está conformada por una serie de preguntas cerradas con diferentes opciones de repuestas, en las que las embarazadas contestaron según sus conocimientos.

**La Entrevista**, definida por (REAL ACADEMIA, 2010), como una acción y efecto de entrevistar o entrevistarse. Dicho de otra manera es una vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en lugar determinado, para tratar o resolver un negocio o tema a discutir. Esta técnica permitió recopilar información precisa y que es del dominio del personal que labora en esta institución y que está a cargo de los programas de seguimiento a las embarazadas.

En coordinación con el personal del puesto de salud Francisco Buitrago, las técnicas utilizadas, encuesta y entrevista, permitieron recopilar la información de la muestra en estudio para identificar los factores de riesgo en las complicaciones obstétricas que tienen mayor incidencia en la segunda mitad del embarazo a nivel municipal.

### **Fuentes primarias**

Para recolectar la información necesaria se aplicó la encuesta y la entrevista de forma directa a las embarazadas y personal de la institución que está a cargo de los programas de seguimiento a las embarazadas.

### **Fuentes secundarias**

Para complementar la investigación fue necesario tomar otras fuentes de información, como enciclopedias, revistas, bibliografías críticas literarias y comentarios relacionados al problema planteado.

**Instrumento:** Para (Reyes & Carrillo, 2010) un instrumento es el mecanismo que se utiliza el investigador, para recolectar y registrar información.

El instrumento utilizado en este estudio fue la guía de encuesta, la cual está estructurada por medio de preguntas cerradas, y está dirigida a las mujeres embarazadas que asisten al puesto de salud Francisco Buitrago del municipio de Terrabona, Departamento de Matagalpa, además la Entrevista la cual está estructurada por medio de preguntas abiertas y está dirigida al personal que está a cargo de los programas de seguimiento a las mujeres embarazadas de dicho puesto de salud. Ambos instrumentos fueron diseñados con el objetivo de identificar y analizar los factores de riesgo que mayormente inciden en las complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo.

**Pilotaje:** Para (Carrillo, 2010) Es una forma de validar los instrumentos mediante su aplicación a un porcentaje de la muestra. Se realizó una encuesta que fue llenada por las embarazada en estudio.

**Triangulación:** Es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular. Muchos investigadores cualitativos entre ellos (ALAGUENAGA, 1996) concibe la triangulación como metodología más que como método.

La triangulación de datos se da cuando se recurre a comparar datos diferenciados por haber sido recogido y analizados de diferentes fuentes e instrumentos Se realizará triangulación de datos que se recolectará por medio del instrumento (encuesta / entrevista) de esta manera se van a relacionar las variables de los factores de riesgo que inciden en las complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo.

Cabe destacar y señalar que en esta investigación la triangulación de datos consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos.

**El ensayo o prueba que se hace a los instrumentos,** contribuye a uno de los pasos para la aceptación del instrumento, las encuestas o entrevista. La realización de esta prueba permite corregir errores en cuanto a la forma y el contenido del instrumento, evidencia dificultades en la redacción de las preguntas de la encuesta en nuestro trabajo y previene interpretaciones incorrectas.

Para validar esta información fue necesaria la revisión cuidadosa de la investigación, por el tutor, Lic. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan, Docente asignado autorizado por UNAN- Matagalpa, previo consentimiento informado.

Luego de realizar la guía de encuestas, se valoraron los resultados obtenidos, se ejecutó plan de intervención educativa en las cuales se priorizaron los temas donde presentaron dificultades, con temas donde abordamos factores de riesgo que inciden en las complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo. Método de recolección de la información:

**Técnica:** se aplicó a las embarazadas y trabajadores que están a cargo del programa de atención a embarazadas en el puesto de salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona, Departamento de Matagalpa, a través de una carta aval que extendió la UNAN-FAREM-Matagalpa, por medio del coordinador de la carrera de Enfermería PhD Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan, la cual facilitó establecer una coordinación directa con el personal que laboran en dicho centro asistencial.

Cabe señalar que esta conexión permitió la recolección de datos, aplicando los instrumentos elaborados para este fin, como fueron la encuesta y entrevista, por medio de preguntas diseñadas para obtener respuestas en forma oral y escrita, tomando en cuenta las opiniones, pensamientos y características individuales de cada sujeto en estudio.

### **Procesamiento de la información**

Consiste en procesar los datos (dispersos, individuales) obtenidos del objeto de estudio, tiene como fin generar un resultado (datos agrupados y ordenados), a partir de los cuales se realizó el análisis según los objetivos de hipótesis de la investigación realizada.

El estudio se realizó en el puesto de salud Francisco Buitrago del Municipio de Terrabona, Departamento de Matagalpa, de forma cuantitativa, ya que se recopiló la información a través de las embarazadas que cursan la segunda mitad del embarazo y personal a cargo de la atención de estas mujeres, utilizando los instrumentos elaborados previamente, como es la encuesta con preguntas cerradas y de selección múltiple, y la entrevista aplicada al personal a través de preguntas abiertas y una vez obtenido los datos se procesaron en gráficas con el programa de Excel y el programa Word para la realización del levantado de texto del trabajo escrito.

### **Análisis del plan educativo**

El plan educativo previamente preparado fue llevado a cabo con mujeres embarazadas que cursan la segunda mitad del embarazo y que están dentro del programa de atención en el período correspondiente al segundo semestre del año

2018, y con apoyo del personal que está a cargo de este programa de atención en el puesto de salud Francisco Buitrago del municipio de Terrabona, departamento de Matagalpa. Esta intervención educativa se realizó sobre los factores de riesgo que inciden en las complicaciones obstétricas específicamente en la segunda mitad del embarazo.

Al realizar la intervención tanto las mujeres embarazadas y personal demostraron mucho interés en los temas que se abordaron y asimismo se pudo dar explicaciones más científicas y detalladas sobre algunos puntos más relevantes de la temática, como que son complicaciones obstétricas, como se pueden prevenir las complicaciones obstétricas, por qué es importante acudir a los controles prenatales, cuáles son las señales de peligro que toda mujer embarazada debe conocer, donde y como acudir a las unidades de salud para recibir una atención inmediata y de calidad, como podríamos mejorar los estilos de vida hasta hacer de ellos más saludables, entre otros.

### **Presentación de la información.**

El estudio se presentará de forma escrita y expositiva.

El trabajo escrito se elaboró con el programa Microsoft Word, letra Times New Román número 12, interlineado 1.5 y margen superior e inferior 2.5 cm, los cuales se presentaron a través de medios audiovisuales utilizando el programa de Power Point. Para las diapositivas se usaron esquemas y palabras claves reflejando información necesaria para la presentación.

## Capítulo IV

### XII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### **Factores de riesgos biológicos encontrados en las embarazadas**

Para identificar los factores de riesgo biológicos en las embarazadas se aplicó una encuesta compuesta por diversos ítems donde se hacen preguntas cerradas acerca de los antecedentes obstétricos, el embarazo actual y la historia clínica general de la embarazada, donde las respuestas pueden ser SI o NO.

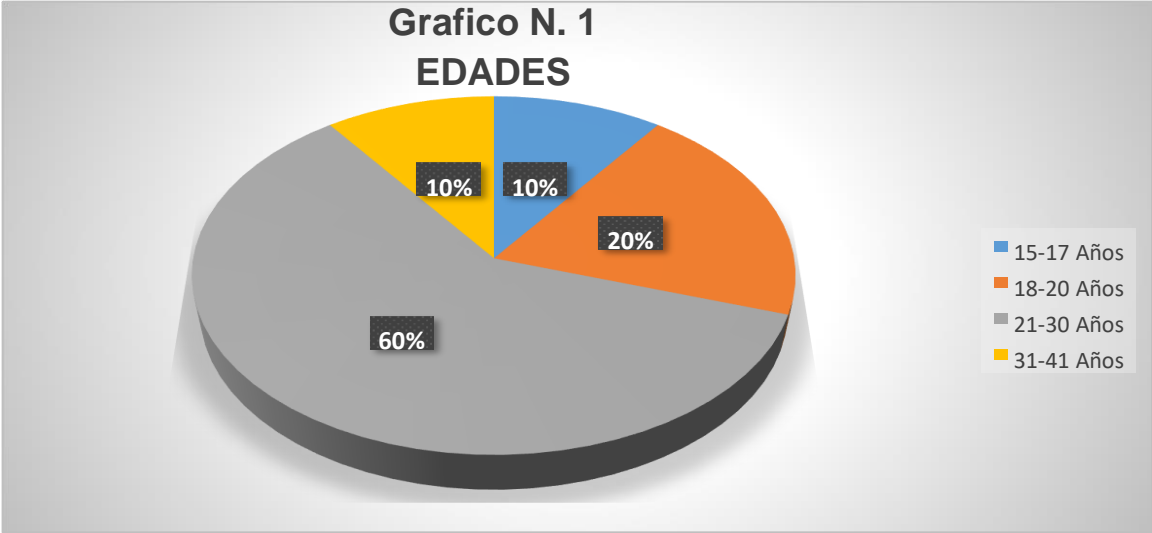
Esta encuesta fue elaborada según la Normativa 011 MINSA Nic., la cual cuenta con el nuevo modelo de control prenatal para la clasificación del embarazo en bajo riesgo o alto riesgo, a través de los factores de riesgo que se presenta en el formulario, y que se deben llenar en todos los controles prenatales.

Además de los ítems que menciona el formulario para la clasificación del embarazo, se tomaron en cuenta patologías como las IVU, Vaginosis, y el IMC de las embarazadas, lo cual fue de mucha ayuda para la identificación de factores de riesgo que desarrollan complicaciones obstétricas. Cabe destacar que el puesto de salud Francisco Buitrago, tiene bastante incidencia de pacientes que se encuentran en los extremos de las edades menor de 20 y mayor de 35 años, por lo cual hacemos mención de este indicador, ya que según la Normativa 011 MINSA Nic., este grupo de mujeres tienen condiciones psicosociales, familiares y de pareja, que pueden asociarse a un incremento de morbi mortalidad.

La relevancia de este dato implica en que estas mujeres son vulnerables para presentar síndrome hipertensivo gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, con solo tener la edad como factor de riesgo.

Durante la visita al puesto al puesto de salud Francisco Buitrago, se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes en estudio, de los cuales se obtuvo información en cuanto a las características demográficas de las embarazadas, teniendo como resultado:

**I. Edad:**



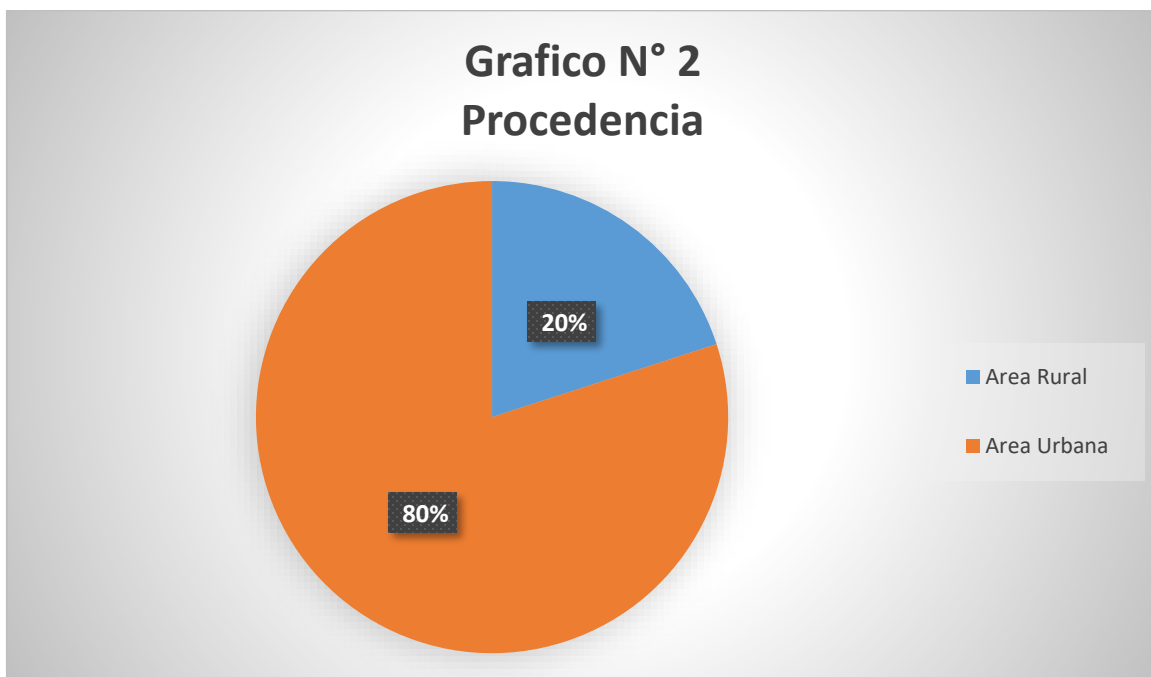
*Fuente Encuesta*

El grafico N.1 nos indica que de las mujeres encuestadas el 1(10%) tiene de 15-17 años, el 1 (10%) tienen de 18-20 años, el 2(20%) de 21-30 años y el 6 (60%) están en el rango de 31 a 41 años.



(Española, 2014) “Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.”La edad es un factor biológico y social de gran importancia para el desarrollo de complicaciones obstétricas, debido a las condiciones psicosociales, fisiológicas y económicas que presentan las mujeres en estudio, se pudo observar que las embarazadas en estudio en su mayoría se encontraban en edades extremas.

## II. Procedencia



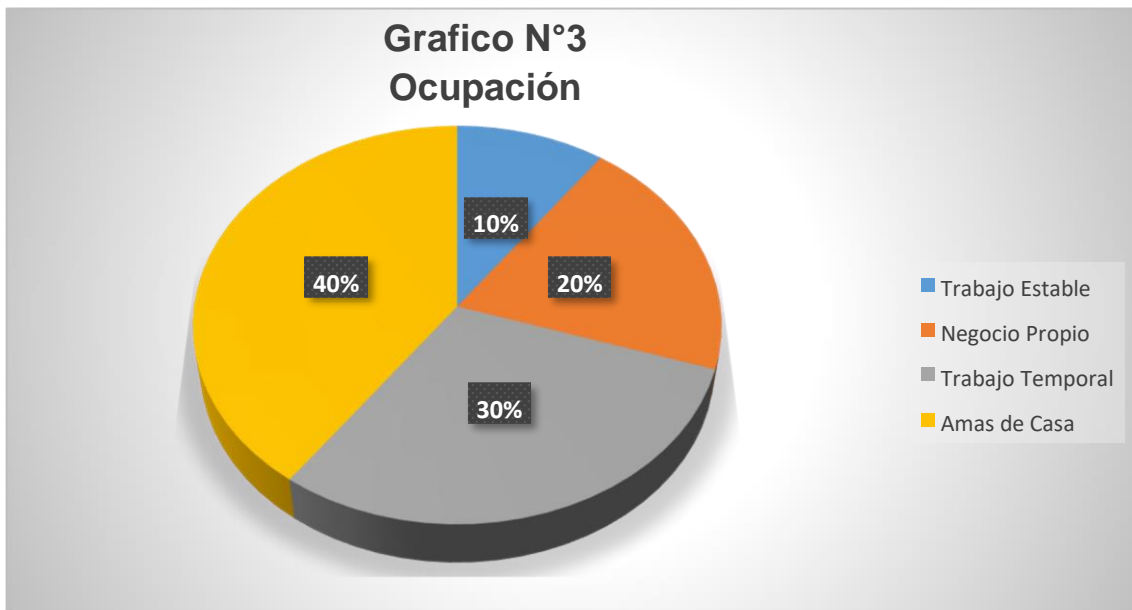
*Fuente: Encuesta*

(Española, 2014) “Origen, principio de donde nace o se deriva algo.

El Grafico N° 2 indica que 8 (80%) embarazadas en estudio, viven en el área urbana, lo cual no es una dificultad para que asistan con puntualidad a sus controles prenatales además que tienen mayor accesibilidad a los servicios básicos y 2(20%)

en el área rural siendo más difícil para las embarazadas acudir a sus controles prenatales.

### III. Ocupación



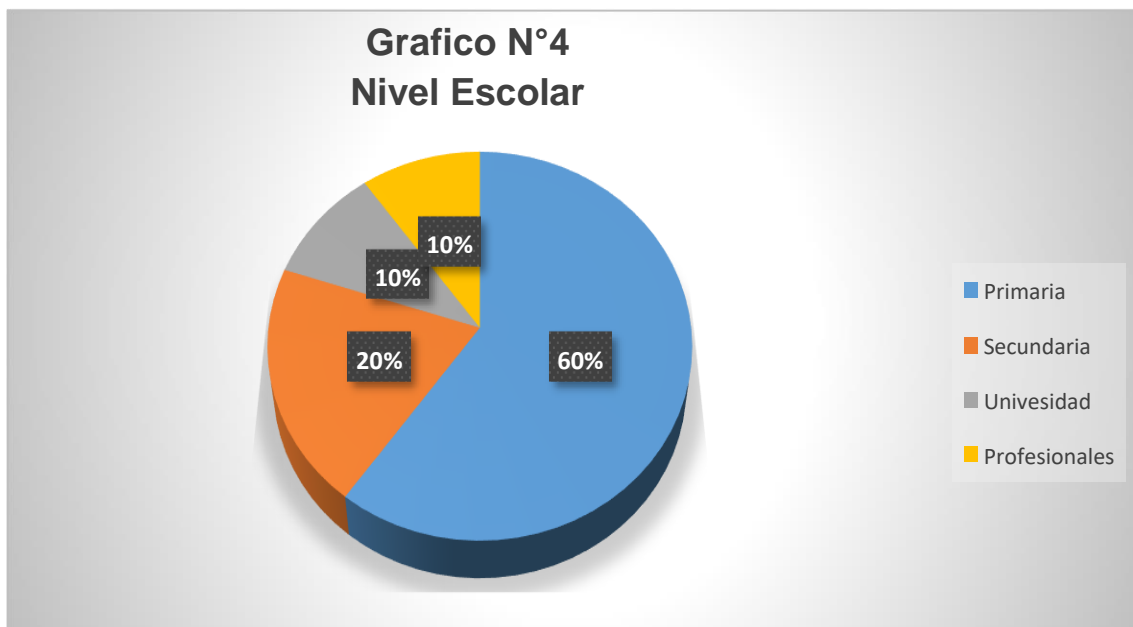
*Fuente Encuesta*

El Grafico N° 3 en este aspecto 10 de las 39 en estudio tienen trabajo estable, siendo 1 (10%) con trabajo estable, 2 (20%) tienen su propio negocio, 3 (30%) tienen trabajos temporales y 4(40%) se dedican a las labores del hogar, la condición de trabajo influye de forma importante en el estilo de vida de toda mujer embarazada ya que de alguna manera la estabilidad laboral mejora la calidad de vida de cada persona.

Este indicador es relevante debido a que la mayoría de las embarazadas se ocupan de las labores diarias del hogar, realizando bastante esfuerzo físico, lo cual podría causarle una complicación como un sangrado o una RPM, cabe señalar que realizan muchas actividades cotidianas como modo de vida y que pone en riesgo su embarazo.

(Julian Perez Porto, 2012)“Ocupación es un término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer”.

#### IV. Nivel Escolar

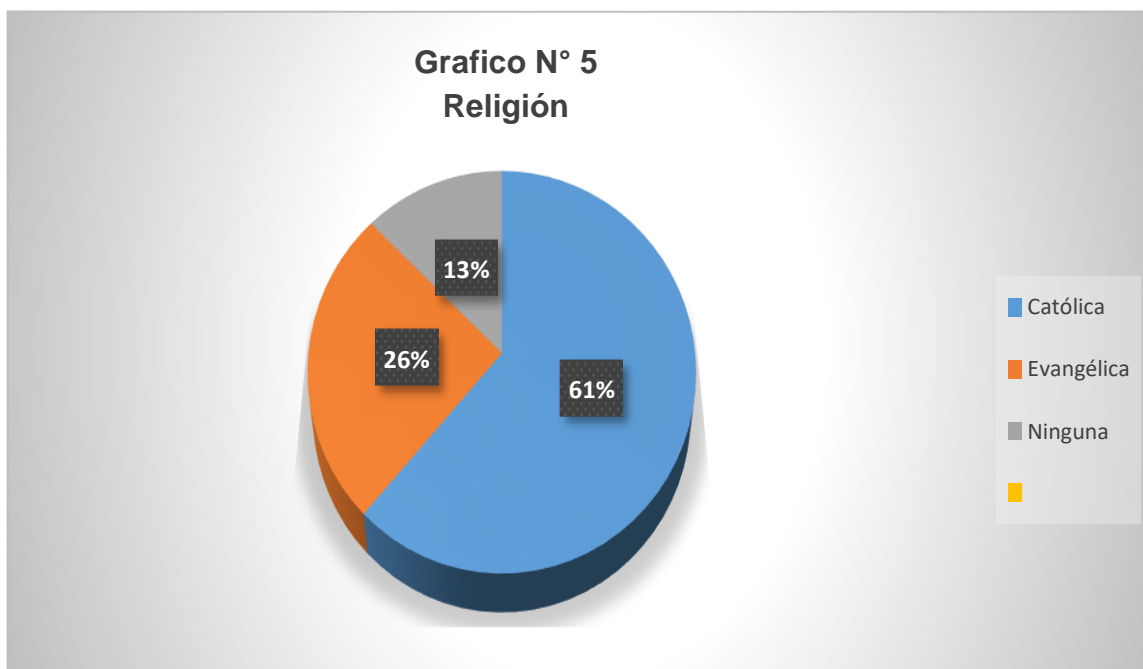


*Fuente Encuesta*

Según los datos de las HCP de las embarazadas, todas saben leer, 6 (60%) de ellas tienen como nivel escolar la primaria, 2 (20%) terminaron la secundaria, 1 (10%) se encuentra en la universidad y 1 (10%) son profesional. El nivel escolar de toda mujer embarazada nos indica la manera en la cual nos comunicaremos las palabras, expresiones y gestos ya que las mujeres con un mayor nivel educativo tienen mejor manera de comprender las cosas por ende cuidan más de sus embarazos, mientras las mujeres con bajo nivel de educación se tratan de forma especial explicando con delicadeza todo el proceso del embarazo factores de riesgo, cuidados durante el embarazo y señales de peligro.

“El nivel educativo es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado”.

## V. Religión



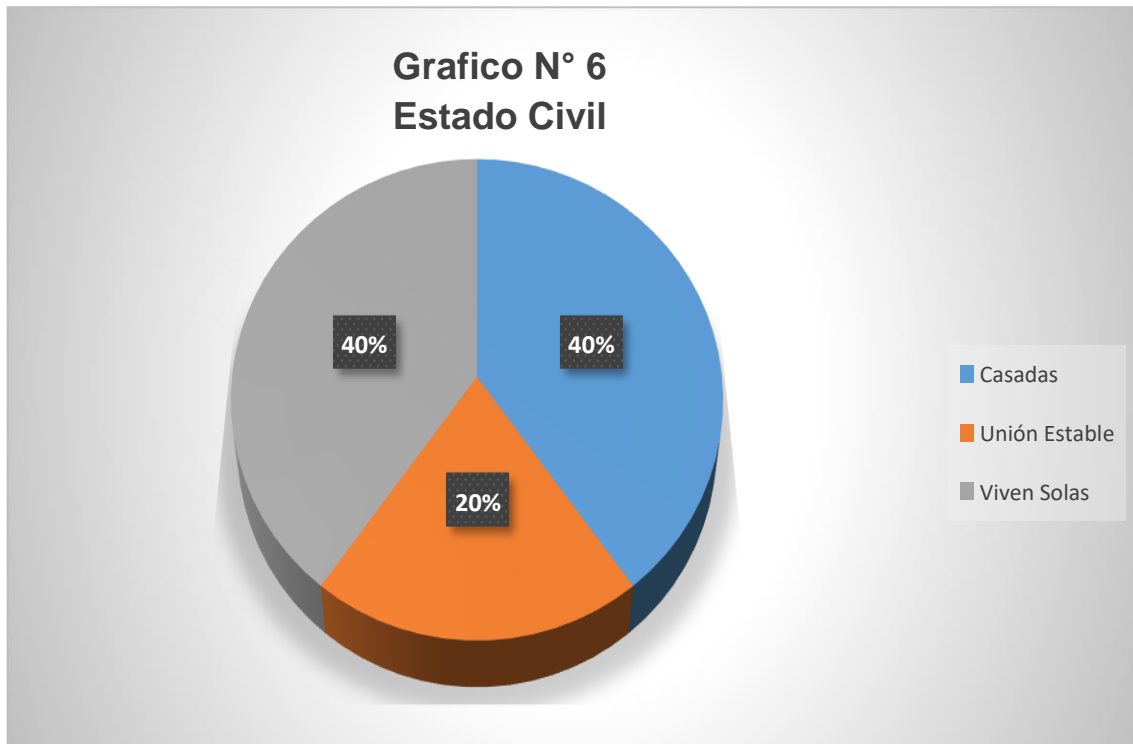
*Fuente Encuesta*

Este gráfico N° 5 nos indica que siete de las mujeres en estudio profesan la religión católica, 2 la religión evangélica, 1 no profesa ninguna religión. De alguna manera la religión es determinante de algunas acciones que los seres humanos vayamos a tomar nos hace tener conexión con lo divino.

Los habitantes del municipio de Terrabona tienen su devoción católica por su santo patrono San José, las embarazadas en estudio practican la religión católica, y sabemos que las creencias de esta, no impiden la planificación familiar, están en contra del aborto, entre otros ideales que no afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer.

(Suarez, 2019) “La religión representa las costumbres y símbolos establecidos por una idea de divinidad o de algo sagrado”.

## VI. Estado Civil



*Fuente Encuesta*

De las mujeres en estudio 4 (40%) de ellas son casadas, 2 (20%) de ellas tienen unión estable, 4 (40%) Viven solas.

(Bembibre, 2010) “Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos

jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.” La importancia del estado civil recae en la estabilidad emocional y económica de la embarazada. Lo cual le permite mejores ingresos, alimentación adecuada y un estilo de vida más favorable para su embarazo. Una mujer que no cuenta con el apoyo de su pareja, además de carencia de dinero, sufre de varios problemas psicológicos, siendo el principal la depresión, la cual repercute en el desarrollo del bebe, provocando un retraso del crecimiento intrauterino del mismo. En las embarazadas en estudio, todas tienen una relación estable, muestran satisfacción y seguridad por su embarazo, algunas de ellas acuden a su control prenatal en compañía de su pareja, lo cual fortalece el ámbito psicológico de la mujer.

#### VII. Número de Hijos:

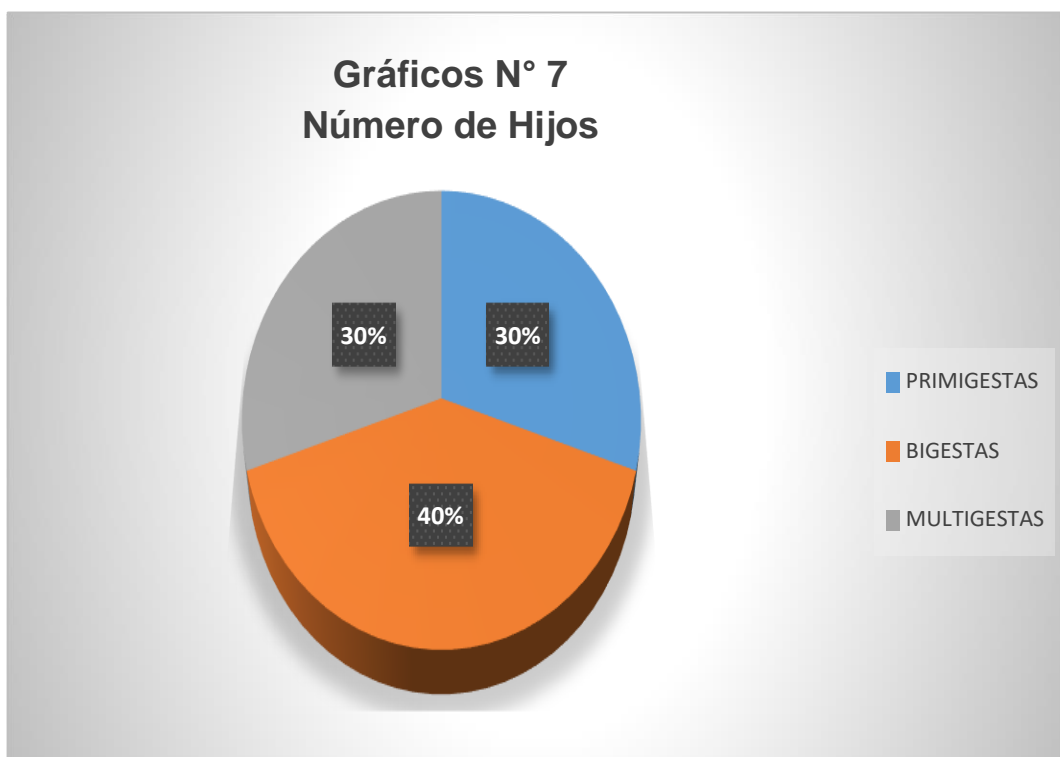


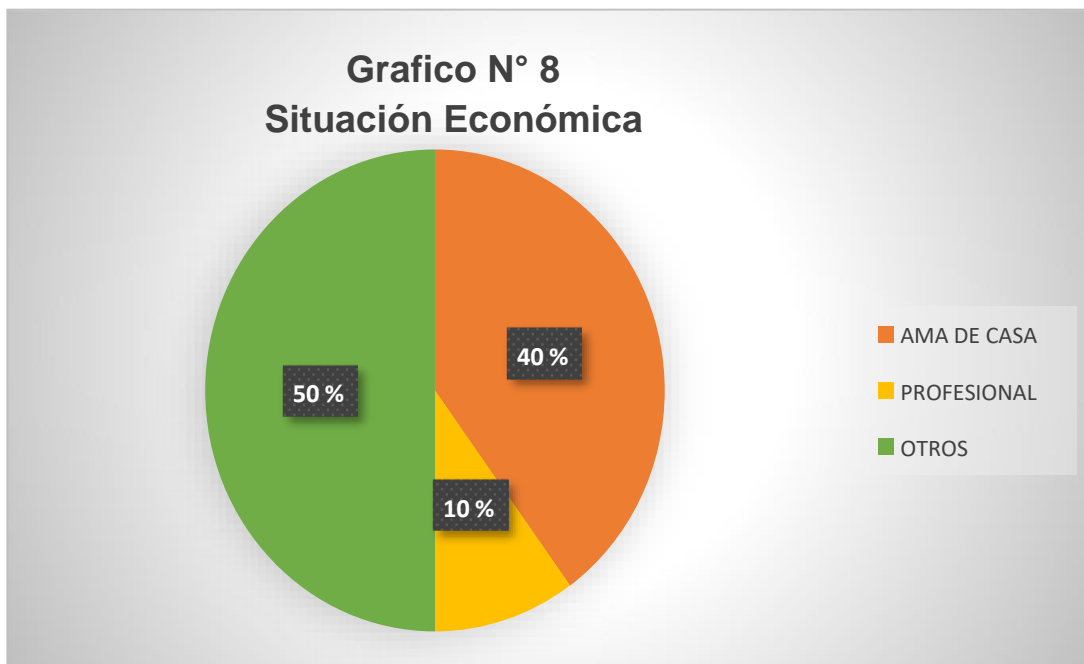
Gráfico # 7 Fuente Encuesta

El grafico numero 7 nos indica que de las mujeres en estudio 3 (30%) de ellas son primigestas, 4 (40%) bigéatas, 3 (30%) multigestas.

(Española, 2014) “Cosa que procede o sale de otra por procreación” Entre los factores de riesgo que inciden con más relevancia para el desarrollo de complicaciones en el embarazo se encuentra el número de hijos, por ejemplo, las nulíparas están predispuestas a desarrollar problemas hipertensivos, las gran multíparas pueden desarrollar alteraciones en la implantación de la placenta, la cual podría ser placenta previa entre más embarazos tenga la mujer. Además de lo antes mencionado, es importante el periodo intergenésico en el que se tengan los hijos, si este es corto (menor de 18 meses) la mujer podría manifestar un sangrado por un desprendimiento de placenta, anemia, RECIU, entre otros. El periodo intergenésico es largo la mujer puede considerarse nulípara y tiene el riesgo de desarrollar Preeclampsia. En las embarazadas en estudios, las que tienen factor de riesgo relacionado al número de hijos son 2, las cuales son nulíparas.

Este indicador es relevante para la vida reproductiva de la mujer, entre más hijos tenga mayor será la probabilidad de una complicación obstétrica, dependiendo del periodo intergenésico que posea.

## VIII. Situación Económica



*Fuente Encuesta*

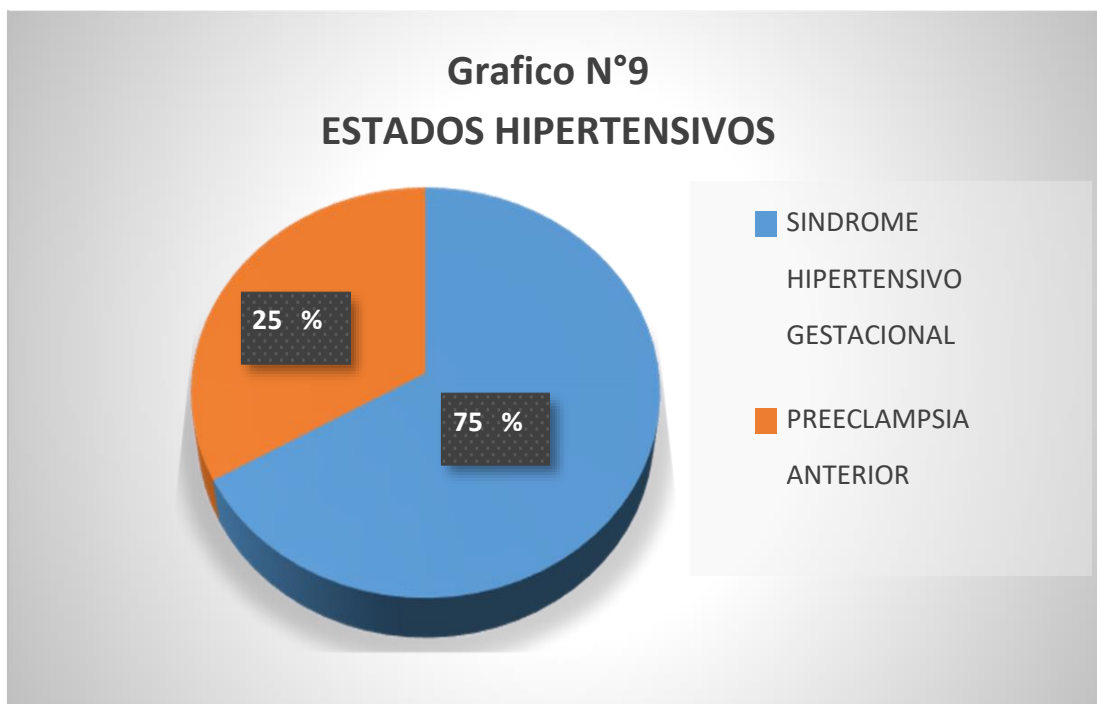
Según las encuestas realizadas el 4 (40%) son ama de casa, el 1 (10%) son profesional y el 5 (50%) trabajan en el campo.

(Española, 2014) Ciencia que estudia los métodos más eficaces para satisfacer las necesidades humanas materiales, mediante el empleo de bienes escasos. La población de Terrabona tiene como principal actividad económica la agricultura y ganadería, en la cual la mujer tiene poca participación, quienes se desempeñan mayormente como amas de casa, y sus parejas trabajan en el campo.



## Factores encontrados:

### 1. Síndrome Hipertensivo Gestacional:



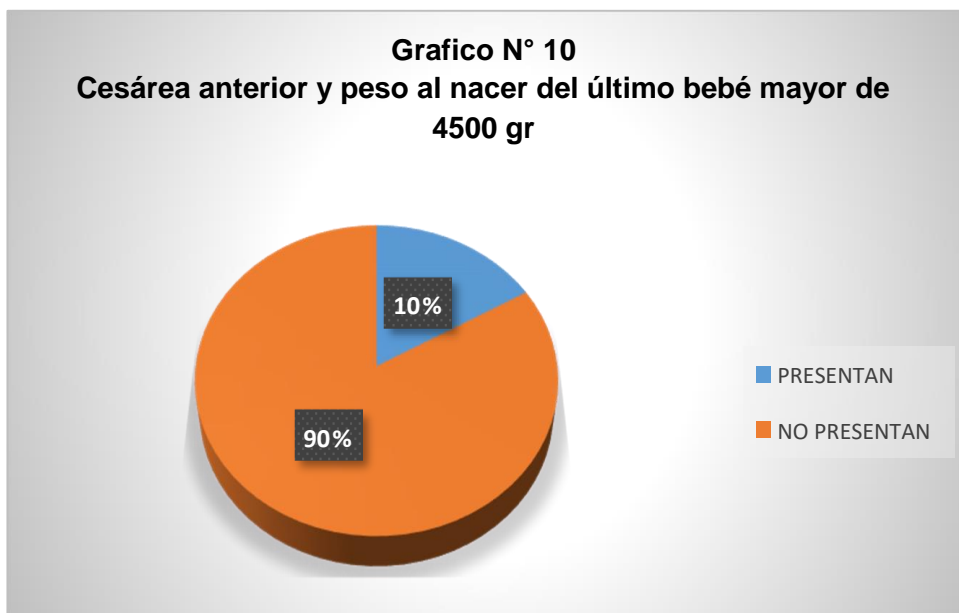
*Fuente Encuesta*

El grafico N° 1, Según las encuestas 4(100%) embarazadas tienen factores de riesgo relacionados con la presión arterial; refleja que 3 (75%) desarrollaron el síndrome de hipertensión gestacional y 1 (25%) tiene como factor de riesgo antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior.

Las pacientes que desarrollaron síndrome de hipertensión gestacional tienen registro de presiones de 130/90 mm/Hg en los controles prenatales que llevan, por lo cual tienen referencia con ginecología para su oportuna valoración. Tiene como factor de riesgo antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior, el cual fue

hace tres años, además. Según (MINSA, Normativa 011, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo., 2015), la paciente tiene alto riesgo para el desarrollo de síndrome hipertensivo gestacional y Preeclampsia, ya que también se encuentra en estado de obesidad. La hipertensión arterial es una de las principales causas de complicaciones obstétricas siendo una preocupación para el ministerio de salud, podemos ver que dentro de nuestra muestra seleccionada una parte de las mujeres embarazadas tienen hipertensión gestacional y las demás no están ajenas a desarrollarla por lo cual se ha evidenciado que el ministerio de salud está capacitado para la atención de dicha patología.

## 2. Cesárea anterior y peso al nacer del último bebé mayor de 4500 gr:

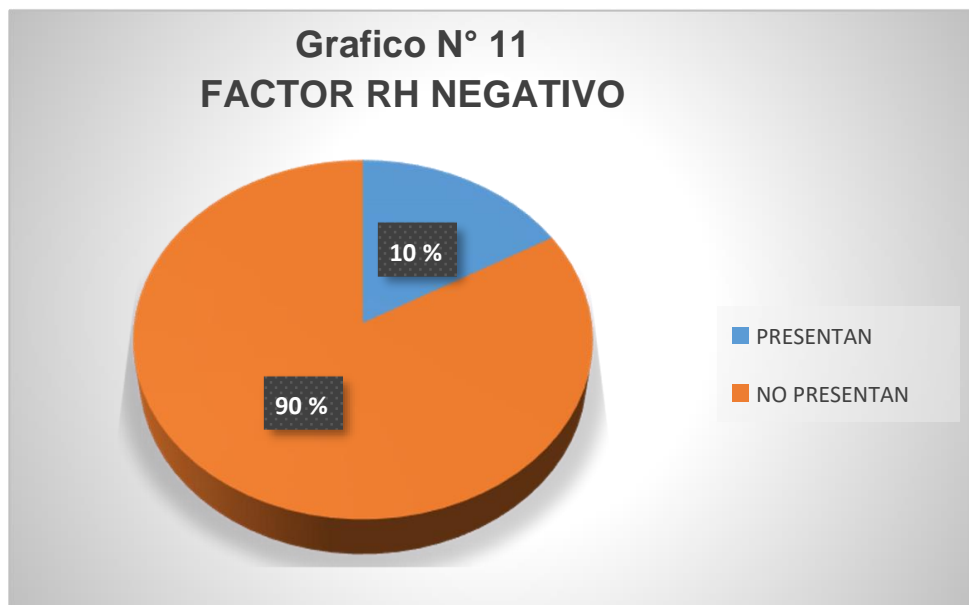


*Fuente Encuesta*

El Grafico N° 2 indica que 1 (10%) de las pacientes encuestadas presentan Cesárea anterior y peso al nacer del último bebé mayor de 4500 gr y 9 (90%) No presentan.

Las cesáreas se vuelven un factor de riesgo para el desarrollo de placenta previa, DPPNI debido a una implantación trofoblástica sub óptima de la zona, y dependiendo del número de cesáreas se aumenta el riesgo de placenta acreta. Con tan solo 1 cesárea el riesgo es de 11 %. Una de las embarazadas en estudio tiene una cesárea anterior hace tres años, debido a que en su embarazo anterior su bebe peso 4600 gr y no tenía las condiciones anatomofisiológicas para que se diera el parto normal.

### 3. Rh negativo:



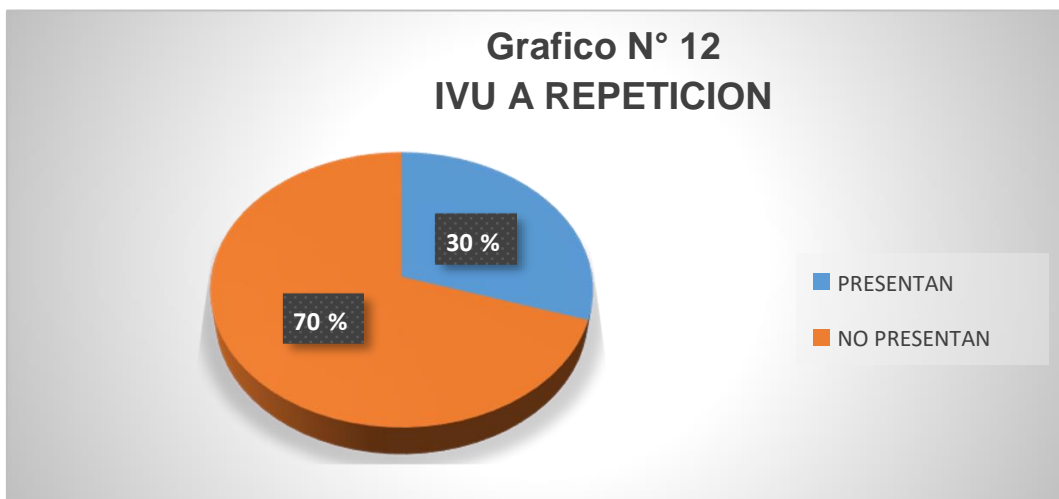
*Fuente Encuesta*

El Grafico N° 3 muestra que 1 (10%) presenta RH Negativo y 9(90%) no presenta. Una de las embarazadas tiene este factor de riesgo, su Rh es negativo, el de su pareja es positivo, y se encuentra en su segundo embarazo, lo cual significa que hay probabilidad de una incompatibilidad de los anticuerpos maternos con los fetales, lo cual puede provocar malformaciones fetales. Aunque este factor de riesgo no es determinante de las complicaciones maternas obstétricas que se abordan en

el documento, se describe debido a que si la mujer llega a presentar una hemorragia post parto puede haber problemas en cuanto a la transfusión sanguínea, ya que el paquete de sangre debe ser de un donante Rh negativo lo cual es difícil de encontrar.

Por otro lado, si la prueba del Coombs directo resulta positiva la mujer debe recibir la dosis de Anti D, de no recibirla su bebe puede desarrollar múltiples malformaciones congénitas que provocaran una muerte neonatal.

#### 4. IVU a repetición.



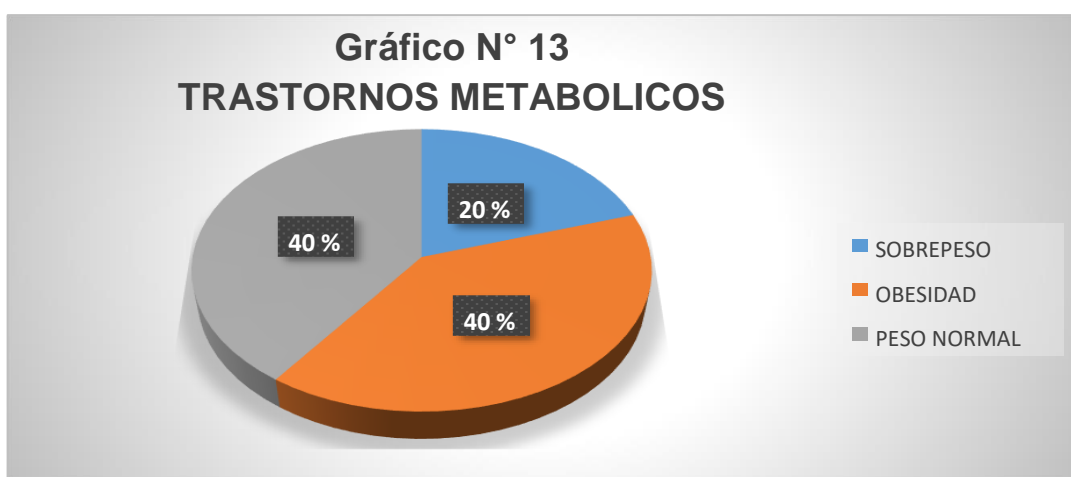
*Fuente Encuesta*

El grafico N.4 indica que 3 (30%) de las mujeres encuestadas presenta IVU a repetición y el 9 (90%) no presenta.

Las IVUS se consideran un factor de riesgo que puede generar ruptura prematura de membranas, y por ende un parto pre término, en el cual hay un alto riesgo de

sepsis y corioamnionitis, que puede comprometer la vida de la mujer y la del bebe, que aún no tiene las condiciones físicas para la vida. En el estudio realizado tres embarazadas presentaron IVU, las cuales han recibido tratamiento, sin embargo, volvieron a presentar la sintomatología. Las IVUS es una de las patologías más comunes en el embarazo aunque no se sabe si existe una relación entre estar embarazada y desarrollarla, durante el embarazo el pH de la orina cambia se vuelve menos acida y más propensa a contener glucosa elevando así el riesgo de proliferación de la bacteria según el estudio realizado 4 mujeres presentaban IVUS a repetición siendo un factor de riesgo tanto para la madre como para el hijo.

## 5. Sobrepeso



*Fuente Encuesta*

El Grafico N° 5 muestra que 2 (20%) de las pacientes encuestadas tienen Sobrepeso, 4 (40%) Obesidad y 4(40%) se encuentran en un peso normal.

La obesidad es un trastorno metabólico crónico causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía, que resulta en una cantidad excesiva de tejido adiposo, el cual se almacena en forma de triglicéridos. A través de la encuesta aplicada se encontró que cuatro embarazadas tienen un IMC mayor de 27, estas embarazadas tienen riesgo intermedio para el desarrollo de preeclampsia

si el IMC es mayor a 29, en él bebe el riesgo de presentar malformaciones como fisura palatina, hernia diafragmática, atresia esofágica, hidrocefalia, entre otros, aumenta en mujeres con obesidad. El pronóstico de vida de estos bebes es reservado, muchas de estas malformaciones son incompatibles con la vida, aunque este estudio no se trata de complicaciones en él bebe se aborda este contenido debido al alto impacto en la mortalidad perinatal y las secuelas que dejan en la salud de la mujer.

## Capítulo V

### XIV. CONCLUSIONES

- Se Identificaron los factores de riesgo que pueden desencadenar complicaciones obstétricas en las embarazadas en estudio, por lo cual se abordaron factores socio demográficos, biológicos y atención prenatal, entre los factores más relevantes están; el Síndrome Hipertensivo Gestacional, Antecedentes de Preeclampsia en el embarazo anterior, Cesárea anterior, Rh negativo, Obesidad, IVU a repetición. En cuanto a los factores que inciden en las complicaciones obstétricas relacionados a la atención prenatal están la falta del COE en el puesto de salud y la falta de capacitación del personal de enfermería en cuanto al manejo de las complicaciones obstétricas.
- Se describieron las principales complicaciones obstétricas de la II mitad del embarazo, según los factores de riesgos encontrados, las complicaciones que se pueden presentar en las embarazadas en estudio son; Preeclampsia debido al síndrome hipertensivo gestacional, antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior, y estados de obesidad con IMC mayor a 30. Placenta previa debido a una cesárea anterior, que también puede causar placenta acreta, Ruptura prematura de membranas ocasionada por IVU a repetición.

## **XV. RECOMENDACIONES**

### **Dirigida al Personal de Salud**

1. Seguir promoviendo que toda embarazada tenga su ficha de plan parto, en la cual se establece criterios de negociación para la que la embarazada tenga su ingreso oportuno a la casa materna y su parto sea institucional.
2. Continuar con las visitas domiciliarias en tiempo y forma para dar seguimiento a la embarazada, y llevar a cabo un control prenatal de calidad, que permita identificar factores que pueden afectar la salud de la mujer y su bebe, además de fortalecer la educación que estas deben tener.
3. Referir a un especialista cuando la embarazada presente factores de riesgos que comprometan su bienestar y el del bebe, y así mismo continuar vigilando el progreso del embarazo a través de los controles prenatales.

### **Dirigida al Director de salud**

- 1 El personal de salud que atiende a las embarazadas debe estar capacitado en el manejo de las complicaciones obstétricas, además de recibir educación continua con la actualización de las normativas, mantener siempre la educación continua con los trabajadores.
- 2 En el puesto de salud donde atienden las embarazadas deben contar con el COE completo.



**Dirigida a las pacientes.**

- 1 Orientar a la embarazada en todos sus controles prenatales, las señales de peligro, explicándole de manera clara y sencilla de que trata cada uno de ellos y el riesgo que significa la aparición de estos.
- 2 Es importante incluir a la familia dentro de la educación sobre señales de peligro, quienes deben apoyar a la embarazada y llevarla a una unidad de salud inmediatamente si estas señales llegan a presentarse.

## Bibliografía

Bembibre, C. (Agosto de 2010). *definicion ABC*.

Española, R. A. (Octubre de 2014). *Diccionario De La Lengua Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/econom%C3%ADa>

Julian Perez Porto, A. G. (2012). *efinicion de*.

MINSA. (2009). Plan de parto para la maternidad segura. En MINSA, *Guía del Facilitador*. Managua, Nicaragua.

MINSA. (2015). *Normativa 011, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo*. Managua, Nicaragua.

MINSA. (2018). *Normativa 077, Protocolo para el abordaje de alto riesgo obstétrico*. Managua, Nicaragua.

MINSA. (2018). *Normativa 109, Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*. Managua.

OMS. (julio de 1946). *Organización Mundial de la Salud*.

OMS. (Agosto de 2008). *Organización Mundial de la Salud*.

OMS. (2016). *organización mundial de la salud*.

OMS, F. U. (Enero de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de BOLETIN BIBLIOGRAFICO: [www.who.int/es](http://www.who.int/es)

Salud, O. M. (Enero de 2019). *OMS*.

Suarez, E. (Diciembre de 2019). *Concepto de definición*.

# ANEXOS

**EMBARAZDAS EN CASA MATERNA DEL MUNICIPIO DE  
TERRABONA**








## MAPA TERRABONA.

**Terrabona**



Nro.	Nombres de Sectores	Población
1	Francisco Buitrago	2,338
2	San José	175
3	San Agustín	365
4	Hatillo	584
5	Cuajiniquil	3,068
6	El Rincón	2,045
7	Puntizuela	146
8	Payacuca	1,315
9	El Bonete	877
10	Montaña Grande	1,417
11	El Bálsamo	438
12	Santa Rosa	818
13	San Pedro	1023
<b>Total de Población</b>		<b>14,609</b>

### SIMBOLOGÍA

- Sede de Sector en Establecimiento Comunitario 
- Sede de Sector en Establecimiento de Salud 
- Sector 
- Territorio Rural 
- Territorio Urbano 

## 1. Tabulación de resultados

### Variable N° 1

Objetivo	variable	Definición	Indicadores	Ítems	Instrumento
Identificar factores que inciden en las complicaciones obstétricas de la II mitad del embarazo.	Factores socio demográficos	Estudio estadístico Sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo.	Edad		Encuesta
			Religión	Católica	
				Evangélica	
				Otra	
				Ninguna	
			Ocupación	Ama de casa	
				Agricultora	
				Otra	
			Escolaridad	Analfabeta	
				Primaria	
				Secundaria	
				Universidad	
			Estado civil	Casada	
				Soltera	
Unión Estable					
Etnia	Mestiza				
	Raza negra				
Número de hijos					
Estado socio económico	Alto				
	Medio				
	Bajo				



## Variable N° 2

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Ítems	Instrumento
Identificar los factores de riesgo que pueden desencadenar complicaciones obstétricas en las embarazadas en estudio, a través de la revisión de la HCP y la aplicación de encuestas.	Factores biológicos	Acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica.	<b>Antecedentes obstétricos</b>	Muerte fetal o muerte neonatal previa (28 sg 0 7 días de vida)	Encuesta
				Antecedentes de tres o más abortos consecutivos espontáneos	
				Peso al nacer del último bebe menor de 2500 gr.	
				Peso al nacer del último bebe mayor de 4500 gr.	
				HTA, preeclampsia o eclampsia en el embarazo anterior	
				Cirugías del tracto reproductivo	
			<b>Embarazo actual</b>	Diagnostico o sospecha de embarazo múltiple	
				Menos de 20 años	
				Más de 35 años	
				Isoinmunización Rh negativa	
				Sangrado vaginal	
				Masa pélvica	
				PAD mayor 90 mm Hg o mas	
			<b>Historia clínica general</b>	Diabetes mellitus insulino dependiente	
				Nefropatía	
				Cardiopatía	
				Consumo de drogas y alcohol	
Enfermedad medica severa					



### Variable N° 3

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Instrumento
Identificar los factores de riesgo que inciden en complicaciones obstétricas en la II mitad del embarazo	Atención prenatal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Tiene registradas en el censo gerencial de embarazadas a pacientes clasificadas como ARO?</li> <li>2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que tienen estas embarazadas, según el formato de clasificación del embarazo?</li> <li>3. ¿Tiene conocimientos sobre la normativa 011 (Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo)?</li> <li>4. ¿Tiene conocimientos sobre la normativa 109 (protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas)?</li> <li>5. ¿Tiene disponible el COE completo para el manejo de las complicaciones maternas?</li> <li>6. ¿Cuál es la complicación materna de la segunda mitad del embarazo que se presenta con mayor frecuencia?</li> <li>7. ¿Cuál es el seguimiento que le dan a la embarazada clasificada como ARO?</li> <li>8. ¿Da a conocer a las embarazadas las señales de peligro?</li> <li>9. ¿Orienta a las embarazadas sobre el plan parto?</li> </ol>	Entrevista

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.  
FAREM – MATAGALPA.**



**Enfermería Con Mención en Materno Infantil.  
ENCUESTA.**

Encuesta para Mujeres embarazadas que cursan la II mitad del embarazo, con el objetivo de conocer las características sociodemográficas como un factor que inciden en las complicaciones obstétricas.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Número de hijos:** \_\_\_

<b>Procedencia</b>	Urbana _____ Rural _____
<b>Edad:</b>	_____
<b>Religión:</b>	Católica: _____ Evangélica: _____ ninguna: _____ Otras: _____
<b>Ocupación:</b>	Ama de casa: _____ Estudiante: _____ Profesional: _____
<b>Escolaridad:</b>	Analfabeta: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Universitaria: _____
<b>Estado civil:</b>	Casada: _____ Soltera: _____ Unión estable: _____
<b>Estado socioeconómico</b>	Alto: _____ Medio: _____ Bajo: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.  
FAREM – MATAGALPA.**



**Enfermería Con Mención en Materno Infantil.**

**ENCUESTA.**

El objetivo de la presente encuesta es identificar los factores de riesgo biológicos que presenta la embarazada, los cuales pueden provocar una complicación obstétrica durante la II mitad del embarazo.

<p><b>Antecedentes obstétricos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muerte fetal o muerte neonatal previa</li> <li>2. Antecedentes de 3 o más abortos consecutivos espontáneos</li> <li>3. Peso al nacer del ultimo bebe menor de 2500 gramos</li> <li>4. Peso al nacer del ultimo bebe mayor de 4500 gramos</li> <li>5. ¿Estuvo internada por hipertensión o preeclampsia en el último embarazo?</li> <li>6. Cirugías previas del tracto reproductivo</li> </ol>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Embarazo actual</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnostico o sospecha de Multiparidad</li> <li>2. Menor de 20 años</li> <li>3. Mayor de 35 años</li> <li>4. Isoinmunizacion Rh negativa</li> <li>5. Masa pélvica</li> <li>6. Sangrado vaginal</li> <li>7. Presión arterial diastólica de 90 mm/Hg o mayor</li> </ol>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Historia clínica general</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes mellitus insulino dependiente</li> <li>2. Nefropatía</li> <li>3. Cardiopatía</li> <li>4. Consumo de drogas y alcohol</li> <li>5. Enfermedad medica severa</li> <li>6. Otros (IVUS, Vaginosis, etc)</li> </ol>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.**

**FAREM – MATAGALPA.**



**Enfermería Con Mención en Materno Infantil.**

### **ENTREVISTA**

La presente entrevista va dirigida al personal de Enfermería que atiende a las embarazadas del puesto de salud Francisco Buitrago, con el objetivo de identificar factores relacionados a la atención prenatal que inciden en las complicaciones obstétricas de la II mitad del embarazo.

1. ¿Cuántas embarazadas clasificadas como ARO tiene registradas en su censo gerencial?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que tienen estas embarazadas, según el formato de clasificación del embarazo?
3. ¿Tiene conocimientos sobre las normativas 011 y 109?
4. ¿Tiene disponible el COE completo para el manejo de las complicaciones maternas?

5. ¿Cómo es el seguimiento que le dan a la embarazada clasificada como ARO?
  
6. ¿Explica a sus pacientes las señales de peligro durante el embarazo?
  
7. ¿Orienta a las embarazadas sobre el plan parto?

**Formulario de Clasificación del Riesgo**  
**Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Clínico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Responda las siguientes preguntas marcando con una **X** en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal

		1er APN		2º APN		3er APN		4º APN	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
<b>Antecedentes Obstétricos</b>									
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
<b>Embarazo Actual</b>									
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
<b>Historia Clínica General</b>									
14	Diabetes mellitus insulino dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifi que								

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como **Atención Prenatal de Alto Riesgo**.

**¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?**

NO SI NO SI NO SI NO SI

**Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



# HISTORIA CLINICA PERINATAL / HCP

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA**

**DATOS DEMOGRAFICOS**  
 NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año  
 DDM/CLID: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TELEF.: \_\_\_\_\_  
 EDAD (años): < 20 > 20 < 35 > 35

**ETNIA**  
 blanca  indígena  mestiza  negra  otra

**ALFA BETA**  
 no  si

**ESTUDIOS**  
 ninguno  primaria  secund.  univers.  años en el mayor nivel: \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL**  
 casado  unión estable  soltero  otro  vive sola  no  si

**Lugar de control prenatal:** \_\_\_\_\_  
**Lugar del parto/aborto:** \_\_\_\_\_  
**N° Identidad:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**  
**FAMILIARES**  
 TBC  diabetes  hipertensión  preeclampsia  eclampsia  otra cond. médica grave

**PERSONALES**  
 genito-urinario  drogas  no  si  alcohol  no  si  tabaco  no  si  VIH

**OBSTETRICOS**  
 gestas previas: \_\_\_\_\_ abortos: \_\_\_\_\_ vaginales: \_\_\_\_\_ nacidos vivos: \_\_\_\_\_  
 ULTIMO PREVIO: nic: < 2500g > 2500g > 4000g > 4000g > 4000g > 4000g  
 emb. ectópico  cesáreas  partos  nacidos muertos   
 Antecedentes Maternos

**FIN EMBARAZO ANTERIOR**  
 da mes año: \_\_\_\_\_ < 2 años  > 2 años

**EMBARAZO PLANEADO** no  si   
**FRACASO METODO ANTICONCEPCION**  
 no  si  DIU  DIU  barrera  DIU  hormonal  natural

**GESTACION ACTUAL**  
 PESO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ TALLA (cm): \_\_\_\_\_  
 ES CONFIABLE por FUM Eco < 20 s.  no  si

**RUMACT** 1° trim  2° trim  3° trim   
**RUM PAS** no  si   
**ROGAS** no  si   
**ALCOHOL** no  si   
**VIOLENCIA** no  si   
**ANTIRUBECOLA** no  si   
**ANTITETANICA** vigente no  si   
**EX. NORMAL** ODONT  MAMAS

**CERVIX**  
 insp. visual  normal  anormal  no  si   
 PAP  normal  anormal  no  si   
 COLP  normal  anormal  no  si

**GRUPO Rh** Rh  Inmune  no  si   
**TOXOPLASMOSIS**  
 < 20 sem IgG  < 20 sem IgG  > 20 sem IgG  no  si   
 1° consulta IgM

**Hb < 20 sem** g  < 11.0 g/dl  > 11.0 g/dl

**Fe/FOLATOS INDICADOS** no  si   
**Hb ≥ 20 sem** g  < 11.0 g/dl  > 11.0 g/dl

**VIH - Diag. - Tratamiento**  
 < 20 sem  Prueba en est.  TARV en est.  no  si   
 ≥ 20 sem  Prueba en est.  TARV en est.  no  si

**SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento**  
 Prueba serológica  no  si   
 Prueba de reacción  no  si   
 Tratamiento  no  si

**GLUCEMIA EN AYUNAS**  
 < 24 sem  < 92 mg/dl  ≥ 92 mg/dl

**ESTREPTOCOCCO B** 35-37 semanas  no  si

**PREPARACION PARA EL PARTO** no  si   
**CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA** no  si

**TEMPORES PRENATALES**  
 día mes año gest. peso (kg) PA altura uterina gresen. sion FCF (lpm) mpmv. fetalas proct. tuna  
 signos de alarma, exámenes, tratamientos Iniciales personal de salud próxima cita

**PARTO • ABORTO**  
 FECHA DE INGRESO: día mes año  
 CONSULTAS PRE-NATALES (total): \_\_\_\_\_  
 LUGAR DEL PARTO: Institucional  Domiciliar  Otros   
 HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no  si  días: \_\_\_\_\_  
 CORTICOIDES ANTENATALES: completo  incompleto  ninguna  semanas inicio: \_\_\_\_\_  
 INICIO: espontáneo  inducido  cesárea  otros

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA**  
 < 37 sem  ≥ 37 sem   
 < 18 hs  ≥ 18 hs   
 hora min temp. ≥ 38°C

**EDAD GEST. el parto** semanas días: \_\_\_\_\_  
 por FUM por Eco.

**INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO**  
 cesárea  otros

**ENFERMEDADES**  
 HTA previa  HTA inducida embarazo  preeclampsia  eclampsia  cardiopatía  nefropatía  diabetes   
 infec. ovular  infec. urinaria  amenaza parto preter.  R.C.I.U.  rotura prem. de membranas  anemia  otra cond. grave

**HEMORRAGIA**  
 1° trim  2° trim  3° trim  postparto

**ACOMPANANTE TDP P**  
 pareja  familiar  otro  ninguno

**TRABAJADOR DEPARTO**  
 hora min posición de la madre: \_\_\_\_\_  
 PA pulso contr. 10 dilatación altura present. ventrida posic. meconio FCF/diapo

**INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO**  
 cesárea  otros

**RECEN NACIDO**  
 SEXO: \_\_\_\_\_ PESO AL NACER: \_\_\_\_\_  
 P. CEFALICO cm: \_\_\_\_\_  
 LONGITUD cm: \_\_\_\_\_  
 PESO E.G. adec.  no  si   
 CUIDADOS AL RECEN NACIDO: vitamina K  profilaxis ocular  Apego precoz

**APGAR (min)**  
 1°: \_\_\_\_\_ 5°: \_\_\_\_\_  
 REANIMACION: aspiración  no  si   
 masaje  no  si   
 oxígeno  no  si   
 tubo  no  si

**FALLECE en LUGAR de PARTO** no  si   
**ATENDIDO medico obst. enf. suel. estad. empir. otro** Nombre: \_\_\_\_\_

**DEFECTOS CONGENITOS**  
 mayor  menor  ninguno

**ENFERMEDADES**  
 mayor  menor  ninguno

**TAMIZAJE NEONATAL**  
 VDRL  no  si   
 TSH  no  si   
 Hepatita  no  si   
 Bilirub  no  si   
 Togo IgM  no  si   
 Meconio 1° día  no  si

**EGRESO RN**  
 vivo  fallece  traslado   
 fallece durante o en lugar de traslado   
 EDAD AL EGRESO días completos: \_\_\_\_\_ < 1 día

**ALIMENTO AL ALTA**  
 lact. excl.  parcial  artificial   
 BCG no  si   
 RESO AL EGRESO: \_\_\_\_\_

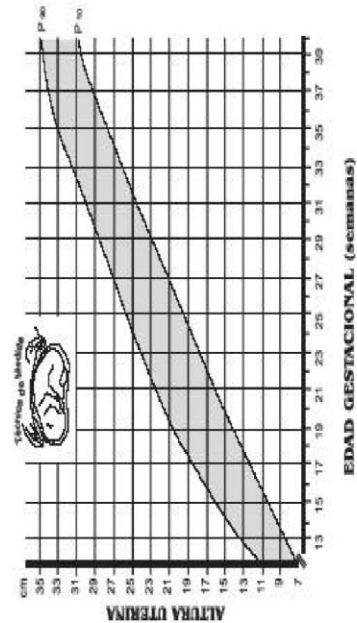
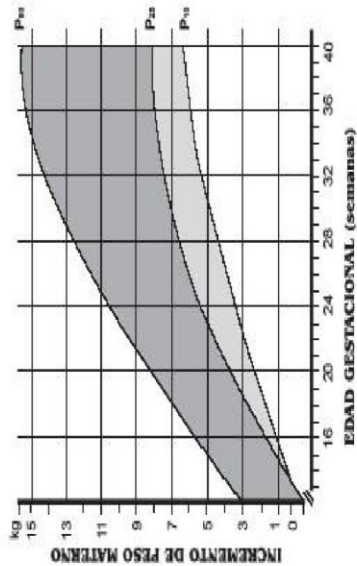
**EGRESO MATERNO**  
 traslado lugar: \_\_\_\_\_  
 día mes año: \_\_\_\_\_  
 vivo  fallece   
 fallece durante o en lugar de traslado

**ANTICONCEPCION**  
 CONSEJERIA  no  si   
 METODO ELEGIDO: DIU post-evento  DIU  barrera  hormonal  ninguno

**Nombre Recien Nacido:** \_\_\_\_\_ **Responsable:** \_\_\_\_\_

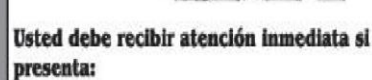
CLAP/SMR/OPS/OMS

# Carnet de la historia clínica perinatal



Ministerio de Salud

## Proteja su Embarazo



**CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.**

**Usted debe recibir atención inmediata si presenta:**

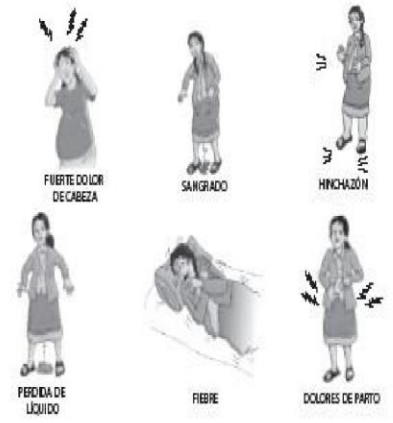
- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucecitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.



## República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



**EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL**



Nombres: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Lívelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro  aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.



## FICHA DEL PLAN DE PARTO PARA MATERNIDAD SEGURA

**Señales de Peligro del Embarazo**

**Dolor de cabeza fuerte con cheperío**  
 1 2 3  
4 5 6

**convulsiones o ataques**  
 1 2 3  
4 5 6

**Sangrado (! sólo gato es sangrado)**  
 1 2 3  
4 5 6

**Salida de líquido por sus partes sin dolor (Ruptura de la fuente)**  
 1 2 3  
4 5 6

**Inflamación de manos, pies y cara**  
 1 2 3  
4 5 6

**Dejar en el vientre, como faja que rodea**  
 1 2  
3 4  
5 6

**El bebé no se mueve y antes se movía**  
 1 2  
3 4  
5 6

**Señales de Peligro del Parto**

**Hemorragia**  


**El niño asoma otra cosa que no es la cabeza**  


**La placenta no sale, o placenta retenida**  


**Señales de Peligro después del Parto (Cuarentena)**

**Hemorragia**  


**Secreción vaginal con mal olor**  


**Fiebre alta**  


**Señales de Peligro en el recién nacido**

**No puede mamar**  


**Convulsiones o ataques**  


**Marado**  


**Nació flojito**  


**La vida de la madre y el recién nacido se cuidan mejor cuando se asiste oportunamente al control prenatal y el parto se atiende en el hospital o unidad de salud.**

 Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional  
*OL Pueblo, Paísesanos!* **Ministerio de Salud**

### Ficha de Plan de Parto para la Maternidad Segura

No. de Ficha: \_\_\_\_\_

Nombre de la embarazada: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del marido o compañero: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de Plan de Parto: \_\_\_\_\_

Quién lo inicia: \_\_\_\_\_

**Seguimiento al Plan de Parto:**

Fecha	Quién lo realiza
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____