



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGÍA

“FACTORES PRESENTES EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE
MUJERES ATENDIDAS EN CASA MATERNA MORRITO RIO SAN JUAN
2018- 2020”

AUTOR:

BR. BISMARCK JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ

TUTOR:

DRA. JUANA ÁLVAREZ

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

RIO SAN JUAN, FEBRERO 2022

INDICE

1. Generalidades	
1.1 Introducción-----	7
1.2 Antecedentes-----	8
1.3 Justificación-----	11
1.4 Planteamiento del problema-----	12
1.5 Objetivos-----	13
1.6 Marco teórico-----	14
1.7 Hipótesis-----	43
2. Diseño metodológico	
2.1 Tipo de estudio-----	45
2.2 Universo -----	45
2.3 Caracterización de la unidad de observación -----	46
2.4 Muestra/ criterios de inclusión y exclusión -----	47
2.5 Técnica y procedimientos -----	48
2.6 Plan de tabulación -----	49
2.7 Plan de análisis -----	50
2.8 Enunciado de variables -----	51
2.9 Operacionalización de variables-----	52
2.10 Aspectos éticos-----	56
3. Desarrollo	
3.1 Resultados -----	58
3.2 Discusiones -----	60

3.3 Conclusiones -----	62
3.4 Recomendaciones -----	63
4. Bibliografía	
4.1 Bibliografía Básica -----	64
4.2 Bibliografía de consulta -----	65
5. Anexos -----	67

Agradecimientos

Agradezco a la comunidad universitaria del Recinto Rubén Darío de Unan – Managua quienes por ocho largos años fue mi segundo hogar. La universidad me dio oportunidades que son incomparables, realizar mi práctica en los mejores hospitales de Nicaragua, recibir las clases directamente de médicos especialistas, sin mencionar la maravillosa oportunidad que significó el internado rotatorio y la realización del servicio social, lo cual han contribuido a ser el profesional que soy ahora.

Finalmente, agradezco a cada uno de mis maestros que siempre con amor lograron compartir sus conocimientos.

Dedicatoria

Dedico esta tesis primeramente a Dios por darme la vida, fuerza, sabiduría, y sobre todo espíritu de perseverancia en alcanzar esta meta.

A mis padres el Sr. Bismarck Rodríguez y Sra. Gloria Pérez por darme la vida y guiarme en el buen camino, además de su apoyo incondicional durante cada una de mis decisiones en mi vida desde mi nacimiento hasta el día de hoy, sin ellos nada en mi vida fuera posible.

A mi hermosa hija Keidy Rodríguez, por dármele fuerza de seguir adelante cada día y ser mi razón de vida y a su madre Anielka Ochoa quien ha estado a mi lado durante gran parte de mi carrera apoyando cada decisión que he tomado.

Gracias a todos con todo mi amor y cariño.

Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua,

Unan Managua

Facultad de ciencias medicas



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

“Factores presentes en complicaciones obstétricas de mujeres atendidas en Casa Materna Morrito

Rio San Juan 2018- 2020”

Autor:

Bismarck José Rodríguez

Tutor: Dra. Juana Álvarez

febrero 2022

Resumen

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar factores presentes en complicaciones obstétricas de mujeres atendidas en casa materna Morrito, Rio San Juan 2018-2020, se realizó tomando como muestra todo el universo conformado por 58 expedientes de mujeres atendidas, las cuales presentaron distintas complicaciones obstétricas. Para la recolección de los datos se creó la ficha de revisión de expediente, la cual fue creada a base de la historia clínica perinatal base (HCPB) y datos proporcionados por la paciente en la historia clínica durante su estancia en la casa materna.

La población se caracterizó por los siguientes factores sociodemográficos: la edad que predominó fue comprendida entre 21-30 años, con un 29% que representa a esta población joven y en edad fértil; la mayoría de las mujeres procedían de Morrito y un 29% del sector urbano. El 59% de la población era católica y el estado civil predominante fue la unión de hecho con 71%.

Los principales antecedentes patológicos y no patológicos fueron la preeclampsia, el tabaquismo pasivo y antecedentes familiares de diabetes e hipertensión. La mayoría de pacientes con complicaciones negaron antecedentes tanto médicos como no médicos.

Los antecedentes ginecológicos de la población fueron: menarca en las edades de 12-15 años con un 81%, e inicio de vida sexual activa en el mismo grupo de edad con un 74%; predominó la población con 2 parejas sexuales con un 38% y con respecto a la planificación familiar, el 40% no usaba ningún método y sólo el 38% usaba el método hormonal.

De acuerdo a los antecedentes obstétricos la paridad predominó fue las bigestas con un 43%, con periodo intergenésico mayor de 2 años con un 41%. El 69% de sus partos anteriores fueron por vía vaginal y con peso al nacer de productos previos en normopeso con el 50%.

Con respecto a la clasificación de peso materno según índice de masa corporal predominó el sobrepeso con un 41%, no se indicó corticoides antenatales en el 55% de los casos. Además, se registraron las semanas de gestación donde ocurrió la complicación obstétrica, la mayoría se presentaron en la semana 37 a la 40 de gestación con un predominio del 71% y las infecciones de vías urinarias se presentaron en el 57% de las complicaciones ocurridas.

Las principales complicaciones identificadas fueron el Síndrome Hipertensivo Gestacional con un 28%, la hemorragia posparto con un 19%, la amenaza de parto pretérmino con un 12% como las más representativas.

Capítulo I
Generalidades

1.1 Introducción

La morbimortalidad materna es inaceptablemente alta en todo el mundo, sobre todo en países en desarrollo, año con año miles de mujeres mueren por alguna patología relacionada al embarazo, países como Estados Unidos, según el centro de control de enfermedades reporta para el año 2020 una tasa de 1.5 a 2 muertes por cada 100 nacimientos que representa un total de 700 mujeres que fallecieron a consecuencia de patologías relacionadas al embarazo, para países de la región centro americana esta tasa es aun mayor y preocupante, siendo Guatemala y Nicaragua los países con las tasas mas bajas de la región centro americana con 106 muertes por 100000 nacimientos para Guatemala y Nicaragua 37.5 muertes por cada 100000 nacimientos.

En Nicaragua se ha atendido este problema, logrando avances con distintas estrategias que impulsa el gobierno actual, reduciendo la mortalidad materna de 76.5 muertes por cada 100000 nacimientos en 2007, a 37.5 muertes en 2020 con una reducción del 49%, en Nicaragua los departamentos con muertes maternas de mayor interés son los siguientes en este año 2020; Región autónoma (12), Las Minas (6), Managua (6), Jinotega (4), Chinandega (4).

Nicaragua ha implementado la estrategia de casa materna en todo el país, donde toman mayor importancia en lugares rurales como lo es el departamento de Rio San Juan.

En el año 2018 se atendieron en el municipio de Morrito, Rio San Juan, 16 complicaciones de los 110 ingresos a casa materna, en 2019 fueron 18 de 120 ingresos y este último año 2020 un total de 24, llama la atención el aumento anual de complicaciones atendidas en la casa materna, para un total de 58 complicaciones de 345 ingresos que representan el 16%.

Morrito a pesar de ser un municipio pequeño, el segundo con menos población 8000 habitantes según INIDES en Rio San Juan, es el segundo con más referencias al segundo nivel por complicaciones obstétricas únicamente por detrás del municipio del Castillo con población de 33600 habitantes.

El propósito de la investigación es determinar los factores presentes en las complicaciones obstétricas atendidas en la casa materna de Morrito, tomando importancia los factores sociodemográficos, los antecedentes personales, médicos y no médicos, y por supuesto antecedentes ginecológicos.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Internacionales

Reyes, Coello, Carrasco y otros (2016) en su estudio “Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016” de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, presentan:

En los factores sociodemográficos, la edad de 10-19 años es el grupo predominante con el 33% de la población en estudio, la escolaridad predomina la educación básica incompleta con el 40%, con respecto al estado civil el 54% tienen la unión libre, el 97% de las mujeres en estudio son mestizas, con procedencia rural con alto predominio del 85% (p.3-5).

Las complicaciones obstétricas identificadas son; desgarros perineales presente en 107 mujeres con un (28.15%), seguida de la ruptura prematura de membrana con 23 mujeres para un (6.05%), en tercer lugar, se posiciona la anemia con 20 (5.26%) de los sujetos que conforman el estudio y en cuarto lugar se encuentra el parto precipitado 13 (3.42%), en el estudio participaron 235 expedientes clínicos de pacientes.

Chávez Jurado (2017-2018) en su estudio “factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el hospital nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018” Universidad Ricardo Palma, Lima Perú, describen

Estudio de casos y controles, se contó con 95 casos, conformados por gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas, y los controles por 190 gestantes adolescentes sin complicaciones, en caso de la edad, la muestra presentó un rango desde 14 a 18 años tanto para casos como para controles, al evaluar la última toma de Hb (hemoglobina) en la población gestante adolescente, en los casos se encontró un rango de 6.20 a 13.20 mg/dl mientras que para controles fue de 8.20 a 14.90 mg/dl. En cuanto al IMC (índice de masa corporal) para casos y controles se obtuvieron rangos de 16.91 a 38.95 y 15.67 a 38.75 respectivamente.

De igual manera para la variable ganancia de peso, el rango de valores para casos fue de 9.50 a 29 Kg mientras que para controles fue de 14 a 23 Kg, la complicación obstétrica de mayor frecuencia es la ruptura prematura de membranas donde se contabilizaron 32 casos (33,60%), en segundo lugar, encontramos al trastorno hipertensivo del embarazo con 23 casos (24,20%), seguido de parto

pretérmino y desgarro perineal ambos con 15 casos (15,70%), la muerte fetal tardía se presentó en 9 casos (9,40%) y finalmente la diabetes gestacional se presentó solo en 4 casos (1,40%)

Pavón León y Gogeochea-Trejo (2019) en su artículo de la revista médica de la Universidad Veracruzana “Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia”

En total se estudió a 1137 mujeres embarazadas de las cuales 114 presentaron complicaciones obstétricas durante el período estudiado, siendo la incidencia de 9.9 por cada 100 mujeres embarazadas. Se registraron 2 defunciones, una por hemorragia postparto y la otra por eclampsia, la tasa de mortalidad materna fue 2 por cada 1,000 nacimientos.

Los tipos de complicación correspondieron a desgarro perineal durante el parto de grado no especificado, seguido por hemorragia postparto, infección, crisis convulsivas inducidas por la anestesia epidural administrada durante el trabajo de parto y parto, y eclampsia, siendo la incidencia de 8.9, 0.6, 0.3, 0.05 y 0.05 respectivamente por cada 100 mujeres embarazadas.

En lo que se refiere a las características sociodemográficas se observa que tanto el grupo de pacientes con complicación como el grupo de pacientes sin complicación presentan porcentajes similares en las diferentes variables. Más del 70% de las mujeres se ubican dentro del grupo de edad de 20 a 34 años, más del 80% tenían pareja y un porcentaje alto (>70%) tenían una escolaridad de secundaria o menos. Su ocupación principal eran las labores domésticas.

Con relación a las características obstétricas, más del 40% en ambos grupos las pacientes eran primigestas, la edad gestacional al ingreso en la mayoría era de 37 a 41 semanas, asimismo, no presentaron complicación las pacientes con menos de 27 semanas de gestación, en lo que se refiere al transcurso del embarazo actual en más del 80% no se presentó ningún problema, en cuanto al antecedente de cesárea se observa que en las pacientes que no tenían dicho antecedente el porcentaje de complicación fue mayor.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Leyton, López (2012) en su estudio “Factores de riesgo de las complicaciones materno-perinatales durante el parto en adolescentes embarazadas; ingresadas a los servicios de obstetricia del Hospital materno infantil de Chinandega enero-abril 2012”

La mayoría de los controles y casos tenían entre 15-19 años de edad (93.5% vs. 86.7%) y estado civil acompañada (83.7% vs. 78.6%), pero en los controles predominó la procedencia urbana (52%) y en los casos la procedencia rural (49%). Por otro lado, en los casos predominó la escolaridad primaria (44.9%) y en los controles la escolaridad secundaria (54.1%). El porcentaje de sobrepeso 15%, obesidad 21% y talla menor a 1.50 m fue mayor en los casos que en los controles (57%) fué similar en casos y controles, predominando aquellas que se realizaron cuatro atenciones prenatales o más, primigestas e inicio de vida sexual activa antes de 20 años.

El antecedente de aborto fue mayor en los controles (2% vs. 1%), pero en los casos la frecuencia de cesáreas anteriores fue mayor (4.1% vs. 3.1%).

Las principales complicaciones obstétricas encontradas en los casos fueron: síndrome hipertensivo gestacional (28%), hemorragia postparto (atonía uterina 11% y desgarros cervicales 9% (20%), rupturas prematuras de membranas (17%), sufrimiento fetal agudo (16%), amenaza de parto pretérmino (12%) y trabajo de parto prolongado (11%)

Daysi Martínez (2020) en su estudio Factores asociado a complicaciones obstétrica en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, enero–diciembre 2018.

Como primera variable se analizó la edad de las mujeres en estudio, encontrando que en su mayoría eran del grupo de edad entre 20 a 29 años con el 35% (28/80), seguido del grupo menor de 20 años y de 30 a más años con el 33% (26/80), al agruparlos encontramos que la mayoría son mujeres menores de 30 años (68%) predominaron las mujeres del área rural con el 93% (74/80), (p67-69)

En cuanto al nivel de escolaridad predominó la educación secundaria con el 54% (43/80), seguido de primaria en el 44% (35/80), en el caso del estado civil fueron mayor las mujeres con parejas de unión de hecho con el 70% (56/80) y el 24% (19/80) son casadas, predominaron las amas de casa y las asistentes del hogar con el 64% (51/80) y 28% (22/80) respectivamente, solamente el 8% (5/80) tenían un empleo fijo.

El 45% (36/80) eran embarazadas por primera vez y el 26% (21/80) con su segundo embarazo, solamente el 13% (10/80) eran multigestas, en cuanto a los partos encontramos datos similares con 1 solo parto el 26% (21/80) y múltiparas el 10% (8/80), el 3% (2/80) refirió como antecedente 1 aborto.

Las patologías durante el embarazo actual fueron referidas por el 56% (45/80) de las embarazadas, siendo las patologías las infecciones de vías urinarias (53% 24/45) y las infecciones de transmisión sexual. (44% 20/45)

Las principales complicaciones presentadas por las embarazadas fueron: la preeclampsia con el 53% (42/80), hemorragias en el 36% (29/80), la placenta previa, endometritis y desprendimiento de placenta normo inserta representaron el 3% (2/80) de las complicaciones.

Mercado, C.; Méndez, J. (2016) Sobrepeso y obesidad previa la embarazo como factor asociado a complicaciones obstétricas en mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Amistad Japón-Nicaragua, Granada mayo de 2014 a mayo 2015, presento:

Realizaron estudio descriptivo con 82 pacientes incluidas, donde únicamente 19 se encontraban en estado eutrófico, 41 sobrepeso, y 22 obesidad, la mayoría de la población 23% encontrándose en la edad de 20- 29 años, el 33% con unión de hecho como estado civil predominante, 70% de procedencia rural, la mitad de la población 41 se ocuparon como ama de casa.

Se encontró que el 70% de las complicaciones se asociaron a pacientes con desordenes estado nutricional ya sea sobrepeso y obesidad sin embargo al revisar el riesgo relativo de una a una no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Se presento en las siguientes complicaciones; cesárea, hemorragias postparto, preeclampsia.

Carranza, H.; Cruz, F. (2014) Factores asociados a la morbilidad de hemorragia post parto en las mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del hospital amistad Japón- Nicaragua. Granada enero a diciembre 2012. Nicaragua. Presentaron: Se realizo un estudio descriptivo de corte transversal, incluyo a 262 pacientes entre las edades de 14 a 39 años de edad atendidas en el hospital de Granada.

De ella las más afectadas fueron; el 34.0% entre las edades de 20 a 29 años, el 43.1% de escolaridad primaria, siendo el 51.1% casada, el 42.7% eran procedentes del municipio de Granada en su mayoría 69.1% de las áreas urbanas y el 93.3% son amas de casa.

Las complicaciones más frecuentes que tuvieron durante el embarazo el 6.8% fue el síndrome hipertensivo gestacional. En el parto y el puerperio inmediato el 12.2% tuvieron hipotonía uterina y hemorragia post parto. De los antecedentes más frecuentes que manifestaron las mujeres que

tuvieron HPP se observa que la HTA Crónica la presentaron 1.5% y el haber presentado Preeclampsia ocurrió en 0.4% igual las que afirmaron que fumaban.

Rodríguez, G. (2015), Factores de riesgo y complicaciones materno- fetales en pacientes embarazadas con preeclampsia grave atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense año 2014 Realizo estudio descriptivo, se tomaron 102 mujeres con el diagnóstico de preeclampsia grave, el 52% de las pacientes se encontraba entre 20 y 34 años, seguido por el grupo menores de 19 años con un porcentaje de 43%, el 5% restante la constituyo el grupo de 35 años o más.

El 61% de las pacientes tenían unión estable, 21% casadas y el 19% solteras, estos resultados se explican por la forma de unión de pareja más frecuente en el país, el nivel de escolaridad encontrado fue que el 29% tenían un nivel de escolaridad bajo (primaria o ninguno), la mitad de las pacientes estaban en rangos de sobrepeso y obesidad (50,5%) y un porcentaje menor en peso normal (45,5%). Las complicaciones fetales y neonatales más frecuentes fueron CIUR 27.4%, prematuridad 25%, bajo peso al nacer 12 % y sepsis neonatal temprana 4 %.

1.3 Justificación

A nivel mundial, la hemorragia postparto y el síndrome hipertensivo gestacional constituyen el 65% de las complicaciones obstétricas (OMS 2018) y son actualmente las principales causas de muerte materna en el mundo y en Nicaragua, la mayoría de los casos no tienen factores asociados lo que los hace impredecible y un 85% se presentan en el último trimestre del embarazo, edad gestacional donde son albergadas las mujeres en las casas maternas en Nicaragua.

La casa materna es una estrategia implementada desde el año 1984, con el propósito de disminuir la morbimortalidad materna, y tiene su mayor utilidad en las zonas rurales, donde antes de la existencia de las mismas las mujeres atendían su parto de manera domiciliar por dos razones la primera por costumbre de la zona rural y segunda por el difícil acceso a las unidades de salud. En el año 2011 significó un reconocimiento para el país, premio Las Américas, otorgado por el centro internacional de formación de autoridades y líderes Cifal Atlanta, del sistema de las naciones unidas. A partir de esta estrategia Nicaragua ha disminuido la mortalidad materna, según cifras del ministerio de salud detallan que en 2006 fallecieron 93 mujeres por cada 100 mil niños nacidos, esa cifra se redujo a 59 fallecidos en 2011, y en 2016 fueron 38 mujeres por cada 100 mil nacimientos.

Si bien una complicación no se puede predecir, el hecho de estar en casa materna implica una respuesta objetiva en tiempo y forma a la misma, lo que brinda mayor oportunidad de sobrevivir a la paciente, se logrará beneficiar con este trabajo a autoridades del MINSA, ya que en los resultados se evidencia el impacto de la estrategia de casa materna en el municipio de Morrito, además de beneficiar a trabajadores de la salud al apoyar en mejorar la calidad de atención de las pacientes, y directamente beneficia a embarazadas, logrando dar mayor calidad de vida y mayor oportunidad de un embarazo con feliz término.

1.4 Planteamiento del problema

El municipio de Morrito, en la implementación del modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC, modelo actual del MINSA, se divide en nueve sectores atendidos por nueve equipos de salud familiar y comunitario ESAFC, de los cuales ocho sectores son zonas rurales, para dicha atención, cuenta con un centro de salud y cuatro puestos de salud, a grandes kilómetros de distancia entre sí, el hospital de referencia más cercano es el Hospital Primario de San Miguel, a 60 km de distancia.

En las zonas rurales aún prevalece la idea del parto domiciliario asistido por partera, el ingreso a casa materna no exceptúa a pacientes de presentar complicación relacionada al embarazo, no obstante, garantiza atención oportuna e inmediata disminuyendo la morbilidad materna lo cual es el objetivo principal de la creación de la casa materna.

Las complicaciones obstétricas siempre van de la mano con factores ya conocidos, algunos sobre los cuales el médico puede incidir y evitarlas, bien detallados en las normativas del MINSA, cada población es distinta, las características sociodemográficas varían de comunidad a comunidad y Morrito no tiene ningún estudio previo acerca del tema en 16 años de funcionamiento.

Durante los últimos tres años se han elevado en número las complicaciones presentadas en casa materna, y en 2020 registro una paciente dentro de la clasificación Near Miss Materno, de los tres registrados en el departamento de Río San Juan, sin embargo, el municipio de Morrito es el segundo municipio con más referencias y complicaciones del departamento

Es por esto que surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores presentes en complicaciones obstétricas de mujeres atendidas en casa materna Morrito Río San Juan 2018- 2020?

1.5 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores presentes en complicaciones obstétricas de mujeres atendidas en casa materna Morrito, Rio San Juan 2018- 2020

Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
2. Enumerar los antecedentes médicos de los sujetos en estudio
3. Describir antecedentes gineco-obstétricos de los pacientes de los sujetos en estudio.
4. Identificar las complicaciones obstétricas de las mujeres en estudio.

1.6 Marco teórico

1.6.1 Definiciones

Tomadas de:

Grupo Océano (2017) diccionario de medicina océano Mosby, 10ma,1624pp.

Complicación: Es el resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud, o tratamiento.

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

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

La casa materna es un centro alternativo que provee albergue, alimentación y actividades educativas a las mujeres embarazadas originarias de comunidades rurales alejadas donde existen los servicios de salud para su atención (Estrategia nacional de casas maternas, Minsa 2014 **p1-15**)

Factor asociado: Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos, ya sean estos favorables o desfavorables.

1.6.2 Historia

Casa materna

Medrano, (2014) Casas maternas vidas seguras, Minsa, Nicaragua, 17pp.

Las Casas Maternas nacieron desde el corazón del gobierno revolucionario en 1984, en el marco de un sistema único de salud, justo e incluyente de los sectores más necesitados, privilegiaba la extensión de las acciones de atención primaria tal como la atención calificada del parto.

Como resultado para el año 1999, funcionaban once casas maternas, principalmente en Estelí, Nueva Segovia, Jinotega y Matagalpa. En el año 2000 el MINSa retoma la experiencia y se crea

un nuevo modelo más articulado y se diseña la estrategia nacional casas maternas para su institucionalización, desde el 2007 se fortalece la estrategia y se crean los mecanismos para su expansión nacional, que ha recibido reconocimiento de pueblo nicaragüense y de la comunidad internacional.

Esta estrategia en el área rural del país constituye una de las principales prioridades para asegurar la vida de las madres y sus hijos e hijas, en el marco de la restitución de los derechos de las mujeres y la niñez.

Premio Las Américas 2011, a la estrategia nacional casas Maternas, el premio las Américas fue otorgado al gobierno de Nicaragua, por el centro internacional de formación de autoridades y líderes Cifal Atlanta, del sistema de las naciones unidas.

La estrategia de las Casas Maternas cumplió con los tres criterios de evaluación:

--Alcanzar altos niveles de excelencia en el desempeño y la mejora

--Demostrar excelencia en innovación

--Mantener los más altos estándares éticos

En enero 2013 llegamos a una meta grandiosa de 100 albergues maternos, con lo cual celebramos el esfuerzo de miles de personas involucradas en el fortalecimiento de la estrategia nacional casas maternas en toda nuestra amada Nicaragua en beneficio de los miles de mujeres rurales, la niñez y sus familias, meta que parecía un sueño hace pocos años.

El número de mujeres que utiliza casa materna va aumentando anualmente, en un esfuerzo extraordinario cada año se ha logrado incrementar el acceso de la mujer rural a las casas maternas, la gratuidad, el respaldo comunitario, la atención de los equipos de salud familiar y sobre todo la confianza de la población en los servicios han sido elementos fundamentales para alcanzar más de 24 mil egresos de madres y recién nacidos en 2012, 10% más que el año anterior.

1.6.3. Muertes maternas en Nicaragua

Nicaragua planteo uno de los objetivos del milenio Perfil de País Nicaragua: Objetivo de Desarrollo del Milenio. No 5 “Mejorar la Salud Materna”

Zuniga.R, Rodríguez.C, (2015) Objetivos de desarrollo del milenio y metas nacionales de Nicaragua, OPS.

La medición de la mortalidad materna (muerte debida a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio) es sumamente difícil. Es común que no se provea toda la información disponible o que ésta sea errónea, y por ello las estimaciones presentan un amplio rango de incertidumbre. No obstante, la aceleración en la provisión de servicios maternos y de salud reproductiva a las mujeres de todas las regiones, junto con datos positivos de tendencias sobre mortalidad y morbilidad materna, sugieren que en todo el mundo están lográndose algunos avances en el quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM).

La razón de mortalidad materna la (RMM), muestra un descenso en los últimos años, pasando de 125 muertes por 100,000 nvr en el año 1996 a 73,3 muertes por 100,000 nvr en el año 2000. No obstante, este descenso no fue sostenido, ya que el 2006 mostró un incremento, llegando a 92,8, para iniciar un descenso sostenido a partir de 2007, con una RMM de 78.2 por 100.000 nvr, hasta alcanzar una RMM de 60.5 por 100000 nvr en el 2009.

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 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. En este grupo de edad también se aprecia una disminución importante de la RMM, la cual pasó de 71,4 en 2004 a 29,1 en 2009. De las 174 muertes maternas en este grupo de referencia, 113 (65,0%) se focalizan en cinco SILAIS siendo estos: Matagalpa, RAAN, Jinotega, RAAS y Managua.

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).

De las causas obstétricas indirectas las más frecuentes son: enfermedades del sistema respiratorio (32), enfermedades cerebrales (31), cardiopatías (19), enfermedades del sistema circulatorio (15), enfermedades del sistema hematológicas (14).

Del total de muertes ocurridas (1141) el 13% fueron consignadas como muertes maternas no obstétricas. Las principales causas de muerte en este grupo son intoxicaciones (70), accidentes (25), agresión (25), otras causas (25).

Según la encuesta nicaragüense de demografía y salud 2006/2007, en Nicaragua se tiene una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos por mujer, siendo los 17.4 años la edad mediana a la primera relación sexual. Con relación al grupo de adolescentes encontramos que el 19.7 por ciento de éstas ya son madres y un 5.4 por ciento están embarazadas con el primer hijo; para una tasa específica de fecundidad de 106 nacimientos por 1000 mujeres.

1.6.4 Creación de la normativa

El ministerio de salud en Nicaragua trabaja con normativa, a diferencia de otros países donde la atención a un paciente puede variar dependiendo del criterio médico o del lugar donde esté en Nicaragua la idea es que todos los pacientes en cualquier parte de nuestro país sean atendidos de la misma forma y con las mismas oportunidades, el actuar médico ante estos eventos está estandarizado y es deber de los mismos conocer la norma, A continuación se comparte lo más relevante para el estudio de la normativa 109 Minsa y normativa 077 .

Objetivos específicos

--Garantizar el cumplimiento de los aspectos clínicos y gerenciales para el abordaje diagnóstico y terapéutico de las complicaciones obstétricas y neonatales, en dependencia de los niveles de resolución de cada unidad de salud.

--Integrar al sistema de salud nacional, intervenciones actualizadas y basadas en evidencia en cuanto a salud materna y cuidados neonatales iniciales aplicables a los establecimientos de salud del país.

--Asegurar el cumplimiento del código rojo en las diferentes unidades de salud ante una emergencia obstétrica que cumpla con los criterios para su activación.

--Fortalecer el sistema Informático Perinatal a través del reporte de la Morbilidad Materna Grave, como un mecanismo de evaluación de la atención brindada a la complicación materna y neonatal.

“Toda mujer embarazada puede presentar una complicación obstétrica y la mayoría de las complicaciones no pueden ser pronosticadas ni prevenidas, pero si tratadas”

1.6.5 complicaciones obstétricas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, propias de la evolución clínica de la complicación, y en una menor proporción, es relacionada con intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores.

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

Es en este último aspecto, el relacionado con la atención médica, en el que el Ministerio de Salud de Nicaragua, ha trabajado a lo largo de los dos últimos dos quinquenios con la implementación del modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC), la capacitación y actualización por medio de educación continua al personal de salud, la inauguración de nuevos establecimientos de salud, casa maternas, la actualización de normas y protocolo para la paciente obstétrica así como el abastecimiento de insumos médicos, ambulancias y personal especializado en aquellos establecimientos de salud que antes no contaban con los mismos.

--hemorragias de la primera mitad del embarazo.

Aborto

La hemorragia obstétrica durante etapas iniciales de la gestación, es una de las complicaciones más temidas y constituye una de las principales causas de muerte materna. Desafortunadamente, su aparición tiende a ser súbita y de intensidad variable, comprometiendo en algunas ocasiones el bienestar materno, por lo que el abordaje oportuno y dinámico de este tipo de pacientes es una pieza clave y determinante en su pronóstico ulterior.

Se calcula que aproximadamente el 50- 70% de todos los óvulos fertilizados se pierden en forma espontánea, generalmente secundario a cromosomopatías (80%), antes de que la mujer conozca de su estado gravídico. Las principales consecuencias de esta complicación, se asocian a las pérdidas sanguíneas (anemia aguda, choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, falla orgánica por hipo perfusión), infección o shock séptico, así como a la pérdida de la capacidad reproductiva, morbilidad extrema, y finalmente.

Definición: Terminación de la gestación durante el periodo posterior la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm.

Clasificación: Múltiples son las formas en las que la literatura clasifica el aborto, sin embargo, en el presente documento la clasificación a utilizar será aquella que permita establecer los procedimientos y pautas terapéuticas en cada una de sus categorías. Por tanto, se clasifica de la siguiente manera:

Según su frecuencia:

--Pérdida gestacional recurrente: es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna confirmado por ecografía o histopatología.

--Pérdida gestacional esporádica: aquel que se presenta de forma aislada y espontánea del embarazo en una ocasión, este grupo de pacientes, en general no amerita estudios especiales.

--Según sus formas clínica

Amenaza de aborto, aborto inminente o en curso, aborto inevitable, huevo muerto retenido, aborto incompleto, aborto completo, aborto séptico

Factores de riesgo: Primiparidad, edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años, multiparidad, antecedentes de abortos previos, antecedente de embarazo no deseado, enfermedades crónicas, malas condiciones socioeconómicas, infección urinaria, práctica de maniobras abortivas en embarazo actual, falla de método anticonceptivo, violencia física y sexual, alcoholismo y adicciones, VIH / Sida.

Diagnostico

Amenaza de aborto: Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, Dolor tipo cólico en hipogastrio, presencia de contracciones uterinas, acompañado o no de sangrado transvaginal leve, cuello uterino cerrado con ausencia de modificaciones cervicales y el tamaño del útero corresponde a las semanas de amenorrea, consistencia uterina más blanda de lo normal, embarazo con embrión y/o feto vivo confirmado por ecografía abdominal y/o vaginal

Aborto inminente o en curso: Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto, persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal - cuello uterino con presencia modificaciones cervicales importantes e irreversibles.

Aborto inevitable: Aumento progresivo del dolor abdominal inferior, aumento de las contracciones uterinas, sangrado transvaginal profuso intenso que compromete la vida de la mujer, cuello uterino dilatado, salida transvaginal de líquido amniótico (por ruptura de membranas)

Huevo muerto retenido: Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.

El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido

El embarazo anembrionico tiene una causa genética en el 80% de los casos, mientras que el aborto embrionado puede tener múltiples causas

Aborto incompleto: Cólico/ dolor abdominal inferior, sangrado profuso y sangrado variable, cuello uterino dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado, útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación, expulsión parcial de productos de la concepción con expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico, Se observara en la ecografía irregularidad o patrón mixto de la ecogenicidad endometrial, sugestivo de restos ovulares a este nivel. Puede también observarse imagen compatible con luteoma en uno de los anexos, por lo que habrá que establecer con claridad el diagnóstico de embarazo ectópico.

Aborto completo: Cólico/ dolor abdominal inferior leves, sangrado leve, cuello uterino cerrado, útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación, útero más blando de lo normal, antecedentes de expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor, el huevo se expulsa completamente, ocurre en embarazos tempranos.

Aborto Séptico: Coexistencia de alguna de las formas anteriores con un proceso infeccioso agregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. La vía asociada con mayor frecuencia es la colonización ascendente procedente del tracto genital inferior de microorganismos patógenos de forma espontánea o por la mala praxis en condiciones de aborto inseguro. Esto último se asocia a gérmenes más agresivos, por tanto, a un peor pronóstico materno

Complicaciones: Perforación uterina, lesiones intestinales, histerectomía, desgarros cervicales, síndrome de Asherman, infertilidad secundaria, infección/ choque séptico, hemorragia/ choque hipovolémico, choque neurogénico (reflejo vagal), hematómetra, dolor pélvico crónico, Implicaciones psicológicas maternas.

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es la segunda causa de hemorragia en la primera mitad del embarazo con una frecuencia mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas. En general, se presenta una vez cada 100 a 200 nacidos vivos. Se define como la nidación y el desarrollo del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina.

La incidencia ha aumentado en las últimas décadas debido al incremento de los factores de riesgo, aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos

Definición: Implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o, por anticipación de la capacidad de implantación del huevo. La localización en orden de frecuencia es la siguiente: Ampular: 80%. Ístmico: 12%. Cornual (intersticial): 2,2%. Fimbrias: 6%.

Factores de riesgo: Cualquier factor que afecte a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones. Todos ellos tienen en común la producción de una lesión del epitelio tubárico y/o la interferencia en la movilidad de las trompas.

Se describen los siguientes: Cirugía tubárica previa con riesgo relativo de 21, esterilización tubárica RR 9.3 , embarazo ectópico previo RR 8.3 , exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES) RR 5.6, uso de dispositivos Intrauterinos RR 4.2, cirugía pelviana previa RR 0.9-3.8, lesión tubárica documentada 3.7, infertilidad previa 2.5, infección pelviana previa 2.5-3.7, promiscuidad sexual 2.1, tabaquismo previo 1.5, tabaquismo actual 1.7-3.9, duchas vaginales 1.1-3.1, edad del primer coito 1.6

Diagnóstico: Cursa inicialmente sin clínica y, por tanto, la ausencia de signos y síntomas **no lo descarta**. El diagnóstico se basa en prueba de embarazo positiva con:

-- Anamnesis, manifestaciones Clínicas, ecografía de preferencia transvaginal, marcadores plasmáticos placentarios, fundamentalmente β -HCG.

Complicaciones: Reacciones adversas severas a Metrotexato, hemorragia/ Shock hipovolémico, lesión de órgano vecino, infertilidad secundaria, falla multiorgánica, infección del sitio quirúrgico, complicaciones anestésicas.

Enfermedad trofoblástica gestacional

Definición: **Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)** Toda mujer que presente signos y síntomas que corresponden al cuadro clínico de enfermedad trofoblástica gestacional y que aún no se ha corroborado histopatológicamente.

Coriocarcinoma: Tumor maligno del epitelio trofoblástico, compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.

Mola completa: Ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar. Puede tener un doble origen:

En el 95% de los casos muestra un cariotipo 46, XX resultado de la fecundación de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide, que reduplica sus propios cromosomas, sin participación de los cromosomas maternos. En un 5% de los casos el ovocito inactivo es fecundado por dos espermatozoides haploides, uno con cromosoma X y el otro Y (la fecundación con dos y provocaría un aborto precoz).

Mola invasora (corioadenoma destruens)

Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.

Mola parcial: Presencia de tejido embrionario o fetal. hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación. Etiológicamente, se sabe generalmente triploide (69, XXY > 69, XYY; no pudiendo nunca ser 69, YYY, por participar el ovocito). Puede producirse por 3 mecanismos:

--Polispermia: Es el mecanismo más frecuente, en que un ovocito es fertilizado por dos o más espermatozoides.

--Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiótica del mismo. Muy infrecuente.

--Fertilización de un ovocito diploide, por defecto en su primera división meiótica. Muy infrecuente.

Factores de riesgo

Hay dos factores que se relacionan sistemáticamente con un aumento del riesgo de ETG:

--Edad de la madre, antecedentes de mola hidatiforme (MH).

Las pacientes con antecedente de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsecuente, (incidencia 1-2%), por lo que se debe realizar ultrasonido obstétrico en cuanto se sospecha un embarazo subsecuente.

Factores de riesgo y probabilidad de desarrollar ETG:

--Mola previa (50%), aborto previo (25%), embarazo ectópico previo (5%), embarazo previo de término (20%), edad mayor de 40 y 50 años la incidencia de NTG es de 40% y 50% respectivamente.

--Los tejidos obtenidos de un aborto completo o incompleto, en todos los casos y obligadamente, deberán enviarse al servicio de patología con lo cual se evitará omitir el diagnóstico de

Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) o inclusive NTG (neoplasia trofoblástica gestacional).

--Otros factores que aumentan riesgo, pero sin clara relación son: Deficiencia de vitamina A, consumo disminuido de grasa animal.

--Genéticos: Mola hidatiforme recurrente familiar, raro desorden autosómico recesivo identificado en el cromosoma 19q.

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo (normativa 109 MINSA p100-139)

Placenta previa: condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior del uterino a una distancia menor de 20mm del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera parcial o total, presentándose así mismo por delante del polo fetal.

Factores de riesgo para placenta previa: Edad mayor 35 años, multiparidad, embarazo múltiple, anemia, cicatriz uterina previa, tabaquismo, uso de cocaína, periodo intergenésico menor de 12 meses.

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta: separación prematura, parcial o total de una placenta normo inserta de su inserción decidual después de la semana 20 de gestación y antes del periodo del alumbramiento.

Factores de riesgo para DPPNI: Traumatismo abdominal/accidente, consumo de cocaína y otras drogas de abuso, tabaquismo, poli hidramnios, gestación múltiple, hipertensión arterial crónica o síndrome hipertensivo gestacional, malformaciones uterinas, cesara anterior, corioamnionitis, isquemia placentaria en embarazo previo, sexo fetal masculino, edad mayor de 35 años, multiparidad más de 3 hijos.

Ruptura uterina: Solución de continuidad no quirúrgica de la pared uterina, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior. **Factores de riesgo para ruptura uterina:** cesárea anterior, ruptura uterina reparada previamente, miomectomía con entrada a la cavidad uterina, legrados, traumatismo punzante, embarazo en cuerno, contracciones uterinas persistentes e intensas, uso de oxitocina, o prostaglandina, parto instrumentado

Pérdida del bienestar fetal (normativa Minsa 109 p429-438)

Bienestar fetal es el término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal y

trofoblasto; en el que todos los parámetros bioquímicos, biofísicos y biológicos se encuentran dentro de la normalidad cuando se habla de deficiencia de oxígeno en el feto se debe distinguir entre tres términos:

--Hipoxemia o disminución del contenido de oxígeno que afecta a la sangre arterial solamente

--Hipoxia o disminución del contenido de oxígeno que afecta a los tejidos periféricos.

--Asfixia o deficiencia general de oxígeno que también afecta a los órganos centrales de alta prioridad.

Pruebas para evaluar el bienestar fetal

--Perfil biofísico

Introducido en la práctica clínica por Manning en 1980, permite la observación de la actividad fetal y su ambiente en un periodo de tiempo tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad de 96%⁴. Se basa en la afirmación de que actividades biofísicas fetales son controladas por centros reguladores de su cerebro, que son sensibles a los diferentes grados de hipoxia, siendo las primeras actividades que aparecen durante el proceso de embriogénesis, las últimas que se pierden durante episodios de asfixia, se indica en:

--Feto con edad gestacional mayor de 32 semanas (en los que se podría tomar una conducta obstétrica bien fundamentada en caso de ser necesario), comorbilidad materna que comprometa el bienestar, restricción del crecimiento intrauterino, aloimmunización Rh/ anemia fetal, embarazo prolongado o postérmino, sepsis, registro electrónico cardiotocográfico

Evalúa la relación que guardan las aceleraciones y desaceleraciones en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal en relación a estímulos de diversa índole. La tecnología de la cardiotocografía se ha hecho muy fiable y técnicamente fácil de manejar. El principal problema radica en la identificación de patrones específicamente relacionados con la hipoxia y, por consiguiente, intervenciones en ocasiones innecesarias en muchos partos en un intento de prevenir la hipoxia intrapartum.

La cardiografía no puede aportar todos los datos que necesitamos, y la evaluación fetal se hará de forma integral bajo el precepto de que la función cardíaca fetal depende de un sinnúmero de fenómenos fisiopatológicos, por tanto, los trazados de frecuencia cardíaca fetal han de

interpretarse en el contexto clínico y su inclusión en una determinada categoría solo sirve para el periodo determinado del estudio.

Parámetros a evaluar: Línea de base, variabilidad, aceleraciones, desaceleraciones.

1.6.6 Síndrome hipertensivo gestacional (normativa 109 p.146-179)

En todos los países y en particular en Latino América los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un 18% de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en aquellos lugares donde el personal no está estandarizado en los criterios clínicos para su diagnóstico y el abordaje oportuno. La Pre eclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial; en Nicaragua, constituye la segunda causa de muerte y la primera asociada a morbilidad materna y fetal según los datos que se recogen en el mapa de mortalidad materna del Ministerio de salud, con una prevalencia aproximadamente de 19%.

Optimizar la atención de la salud, **estandarizar criterios de definición y diagnóstico** para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos es un paso necesario hacia alcanzar la reducción de complicaciones maternas y perinatales.

Definición: es la hipertensión arterial en el embarazo que puede ser clasificado en los siguientes estadios:

-- **Preclamsia/ Eclampsia:** Presión arterial sistólica mayor (PAS) o igual a 140 mmhg o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmhg en cualquiera de los 2 brazos.

-- Aparece después de las 20 semanas

-- Proteinuria

-- Pre eclampsia Grave: PAS mayor o igual a 160 mmhg O PAD mayor o igual 110 mmhg y 7 presencia de uno o más datos de gravedad: oliguria, alteraciones visuales, edema agudo de pulmón, cianosis, trombocitopenia

-- Eclampsia: presencia de convulsión en una mujer con pre eclampsia

--**Hipertensión arterial crónica:** Presión arterial sistólica mayor (PAS) o igual a 140 mmhg o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmhg en cualquiera de los 2 brazos. Previo a la concepción

--Identificada antes de las 20 semanas de embarazo

--Persiste elevada después de 12 semanas post parto

--Uso de antihipertensivos antes del embarazo

--**Hipertensión arterial crónica con Preeclampsia agregada:** es hipertensión arterial crónica con los siguientes criterios después de las 20 semanas de gestación:

--uso de 3 o más antihipertensivos (hipertensión resistente) o no alcanzar metas luego de 24 hrs de manejo activo

--proteinuria nueva o que empeora más algún dato de severidad

Hipertensión Gestacional: Presión arterial sistólica mayor (PAS) o igual a 140 mmhg o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmhg en cualquiera de los 2 brazos que aparece por primera vez después de las 20 semanas de gestación

--No hay presencia de proteínas en orina

--Presión arterial se normaliza antes de las 12 semanas post parto

Factores de riesgo en pacientes con síndrome hipertensivo gestacional: Síndrome antifosfolípido, antecedente personal de Preeclampsia, Diabetes pre gestacional, embarazo múltiple, nuliparidad, antecedente de familiar con preeclampsia, índice de masa corporal mayor a 30, edad mayor a 40 años.

El abordaje terapéutico de preeclampsia se puede describir en 4 estrategias:

-- Control de la presión arterial

-- Prevención de las convulsiones

--Programación de la finalización del embarazo

--Vigilancia en el puerperio

1.6.7 Ruptura Prematura de Membranas (normativa 109 p.180-197)

Un tercio de los nacimientos prematuros se asocian a la presencia de Ruptura prematura de membranas, lo que ha constituido un problema de salud pública a nivel mundial. Una vez confirmada la ruptura de membranas, el manejo será determinado por la edad gestacional y la presencia de infección clínica, desprendimiento prematuro de placenta, labor de parto, accidente del cordón umbilical o la pérdida del bienestar fetal.

La infección intrauterina o corioamnionitis es la complicación y su riesgo aumenta con la duración de la ruptura de la membrana, es por esto que la vigilancia a la que será sometida la paciente será dinámica, periódica y de cumplimiento estricto

Los riesgos fetales incluyen la compresión del cordón, infección ascendente y nacimientos pre términos que conllevan a distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor riesgo de deterioro neuronal, leucomalacia periventricular, muerte neonatal y grandes discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta entre otras.

Definición: La Rotura Prematura de Membranas es la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina, que ocurre 6 horas o más antes del inicio del parto.

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional. Mientras más lejana al término se presente, se observa una mayor asociación con la infección del corion y decidua, En cambio, cuando se presenta a mayor edad gestacional se asocian a disminución del contenido de colágeno en las membranas, lo que puede resultar de un debilitamiento fisiológico de las membranas combinado con las fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones uterinas.

La RPM pre término pueden deberse a una amplia variedad de mecanismos patológicos que actúan individualmente o en conjunto. La infección intraamniótica se asocia comúnmente con RPM prematura, especialmente en edades gestacionales tempranas, hemorragias del segundo y tercer trimestre, insuficiencia cervical, sobre distensión uterina (Gestación múltiple, Polihidramnios, Macrosomía fetal).

Factores de riesgo: Bajo nivel socioeconómico, infección del tracto genital inferior (ITS), antecedente de parto pretérmino (RR: 2.8), embarazo con DIU, Corioamnionitis, esfuerzo excesivo, infección Urinaria, desproporción cefalopélvica, déficit nutricional, antecedentes de ruptura de membranas (RR: 13.5), hemorragia preparto, disminución del colágeno de las membranas. desnutrición. tabaquismo (RR: 2.1), enfermedades pulmonares durante el embarazo, amniocentesis.

Manifestaciones Clínicas

--La historia clínica (salida de líquido transvaginal) referida por la paciente tiene una confiabilidad del 90%. (Nivel de Evidencia III)

--Examen físico garantizando asepsia y antisepsia. Se debe disminuir al mínimo indispensable las exploraciones vaginales en la vigilancia del trabajo de parto, particularmente en los casos de ruptura prematura de membranas. (Grado Recomendación C)

--Se realizará prueba de Valsalva o Tarnier en pacientes que no tengan salida franca, pero con alta sospecha de RPM

--El examen con espejuelo estéril proporciona una oportunidad para la inspección de cervicitis, prolapso del cordón umbilical o de partes fetales

--Evaluar la dilatación cervical y borramiento

Parto obstruido: Trabajo de parto obstruido o detenido se define como un progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación) después de haber estado en trabajo de parto efectivo, ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica), por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas) entre las principales causas que lo originan se encuentran:

--Distocias mecánicas: la desproporción céfalo pélvica provocada por incompatibilidad entre el polo cefálico fetal y la pelvis materna, que no permite el desarrollo del mecanismo del trabajo de parto, anomalías en la posición y variedad de posición de la presentación, actitud fetal por situación anormal del feto o tumores previos

--Alteración en la dinámica de la contracción uterina. La identificación oportuna de estas alteraciones va a conducirnos a tomar decisiones para corregir las anomalías, antes de tener

resultados desfavorables para la madre o el feto, como trabajo de parto prolongado que deje lesiones en el canal del parto o hemorragias masivas que pueden llevar a la muerte materna y para el feto un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal.

Factores de riesgo: Edades extremas (< de 20 años o > de 35 años), obesidad o desnutrición materna, talla baja (< 1.50 mts.) abdomen péndulo, multiparidad, cirugías vaginales, atención no calificada del parto, Inducto conducción (mal indicada), trabajo de parto domiciliario, anomalías de la pelvis, macrosomía fetal. (mayor a 4000 gramos), embarazo con amenorrea prolongada.

1.6.8 Hemorragia post parto

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 11 % de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.

Actualmente en Latinoamérica, la hemorragia postparto, constituye la primera causa de muerte materna de causa obstétrica con un 27%, seguido de la enfermedad hipertensiva 14% en el embarazo¹. Las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

Definición

--Pérdida sanguínea mayor de 1,000 ml independiente de la vía de finalización del embarazo.

--Descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología.

--Pérdida sanguínea que ocasione sintomatología en la paciente (mareo, síncope) o signos de choque (taquicardia, hipotensión, oliguria, alteración del estado de alerta) independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea durante el parto o la cesárea.

Clasificación:

--Hemorragia temprana: es la que se presenta durante las primeras 24 horas del período posparto, generalmente en las dos primeras horas, es la más frecuente y grave.

--Hemorragia tardía: ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los partos.

Principales causas de hemorragia posparto Etiología

Etiología	Causas	Factores de riesgo
Tono 70% Atonía uterina	Sobre distensión uterina, Parto prolongado/ precipitado	Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, gran múltipara, hidrocefalia severa.
	Agotamiento Muscular uterino	Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis
Trauma 20% Lesiones canal del parto	Desgarros del canal del parto	Parto intervenido, Parto precipitado, episiotomía
	Ruptura uterina	Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia
	Inversión uterina	Acretismo, maniobra de Credé, excesiva tracción del cordón, gran múltipara
Tejido 9 % Retención de tejidos	Retención de restos placentarios	Acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis,
	Anormalidad de la placentación	cirugía uterina previa
Trombina 1% Alteraciones de coagulación	Adquiridas	Preeclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupción de placeta, CID consumo, transfusiones masivas
	Congénitas	Enfermedad von Willebrand, hemofilia A

Fuente: Normativa 109 Minsa

Morbilidad materna grave o Near Miss Materna (normativa 109 Minsa p.370)

La morbilidad materna grave (MMG), conocida en la literatura inglesa como “near miss”, se define como el caso de una mujer que casi fallece, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto, o en los 42 días siguientes de puerperio

Constituye un indicador de los cuidados obstétricos y es uno de los temas que más atención ha tenido a nivel mundial, debido a su estrecha relación con la mortalidad materna, reconociéndose que por cada muerte de una paciente obstétrica cerca de 118 mujeres sufren una MMG

Definición: Una mujer que sobrevive a las condiciones que amenazan la vida durante el embarazo, el aborto y el parto, o dentro de los 42 días de la interrupción del embarazo, independientemente de si recibe o no intervenciones médicas/quirúrgicas de emergencia.

Ventajas de la aplicación del near miss.

--Los casos de morbilidad materna extrema son más comunes que las muertes maternas.

--Los principales motivos y causas son los mismos tanto para morbilidad materna extrema como para muerte materna, por lo que es probable que la revisión de los casos morbilidad materna extrema arroje información valiosa con respecto a la morbilidad severa, que podría llevar a la muerte de la madre, si no se interviene adecuadamente y con el tiempo.

--Investigando los casos de morbilidad severa puede ser menos amenazante para los proveedores porque la mujer sobrevivió.

--Uno puede aprender de las mujeres mismas desde que sobrevivieron y están disponibles para entrevistas sobre la atención que recibieron.

--Todos los errores inmediatos deben interpretarse como lecciones y oportunidades gratuitas para mejorar la calidad de la provisión del servicio.

Diagnóstico de morbilidad materna grave.

Las variables que identifican la muerte materna grave, que en caso de no sobrevivir conllevan a muerte materna, se agrupan en columnas y filas por criterios clínicos y disfunción de órganos y sistemas comprometido (cardiovascular, respiratorio, renal, hematológico/coagulación, hepático, neurológico y disfunción uterina), pero además por marcadores de laboratorio y criterios basados en intervenciones que afectan o traducen afectación para esos sistemas o aparatos comprometidos.

Los casos que con mayor frecuencia terminan en muerte materna, son aquellos donde se utilizan agentes vasoactivos y ventilación mecánica > 1 hora. Las variables que identifican muerte materna grave, tienen una sensibilidad del 99.2%.

1.6.9 Embarazo de alto riesgo

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

Diagnóstico: Utilizar formulario con criterios de clasificación del riesgo en atenciones prenatales en cada trimestre. la embarazada responde sí a cualquiera de las 18 preguntas, se clasifica como alto riesgo obstétrico.

Riesgos

- Muerte fetal o neonatal previa 28 semanas - 7 días de vida
- Antecedente de 3 o más abortos consecutivos (pérdida gestacional recurrente antes de las 22 semanas)
- Peso del recién nacido menor a 2000 gramos
- Peso del recién nacido mayor a 4000 gramos
- Tuvo una hospitalización por hipertensión o pre eclampsia/eclampsia, en el último embarazo
- Historia familiar de preeclampsia: madre o hermana
- Período intergenésico mayor a 10 años
- Índice de masa corporal $> 29 \text{ kg/m}^2$
- Cirugía en el tracto reproductivo
- Embarazos múltiples
- Extremos de edad: menor a 20 o mayor a 35 + 1 o más de los

Factores de riesgo: Isoinmunización RH negativo en segundo evento obstétrico, sangrado vaginal, masa pélvica, presión arterial diastólica $> 90 \text{ mmhg}$, cualquier patología crónica (asma, cardiopatía, nefropatía, diabetes) O enfermedad autoinmune o les, uso de drogas, cualquier enfermedad o condición médica severa (especifique cuál

1.6.10 Amenaza de parto pretérmino

Es una afección clínica, caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes con una frecuencia de 4 en 20 minutos, o 6 en 10 minutos, sin dilatación cervical o cuando esta es menor a 3 cm que ocurre entre las 22 y las 36 6/7 semanas de gestación.

Factores de riesgo: infecciones periodontales, infecciones genitourinarias, gestación múltiple, metrorragia, polihidramnios, Ruptura prematura de membranas, DIU concomitante con el embarazo, longitud cervical menor a 20mm, permanencia del pie más de 2 horas,

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son: Edad gestacional por FUM o primera fetometría si hay dudas en la FUM, Características de las contracciones uterinas. estado del cuello uterino (longitud cervical < de 20 mm).

1.6.11 Embarazo prolongado: El embarazo se clasifica según la edad gestacional en lo siguiente:

--Término temprano :37 semanas a 38 semanas y 6 días.

--Termino completo a término: 39 semanas a 40 semanas y 6 días

--Termino tardío: 41 semanas a 41 semanas y 6 días

--Postérmino: más allá de las 42 semanas

Mujer con diagnóstico de embarazo prolongado debe ser hospitalizada e inducir el parto

Diagnóstico: Seguridad en fecha de su última menstruación, ultrasonido del i trimestre, o en su defecto, que sea menor de 20 semanas, si no tiene disponibles los elementos diagnósticos anteriores: refiera a mayor resolución.

1.6.12 Diabetes y embarazo.

Existe en la actualidad, un incremento en el número de embarazos complicados con Diabetes en sus diversas formas clínicas (Diabetes Pregestacional: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, y Diabetes Gestacional), lo que conlleva a un mayor riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para su hijo.

A pesar de que los avances terapéuticos, han permitido una reducción sustancial de los desenlaces adversos, cuando éstos se comparan con la población general, el riesgo permanece muy elevado en todas las formas de diabetes en el embarazo.

La prevalencia de diabetes en términos generales se afirma que puede variar de 5%-10%. Las complicaciones fetales del embarazo en diabéticas, resultan de la hiperglucemia materna más que del tipo de diabetes.

Factores de riesgo: edad mayor de 30 años, grupo étnico de alto Riesgo para diabetes (aborigen americano, latino, sudeste asiático, asiático, africano) sobrepeso/obesidad historia de dmt2 en madre, padre o hermanos, hijos. Prediabetes, síndrome de ovarios poliquísticos, acantosis nigricans, enfermedad Periodontal, bajo peso al nacer, uso de corticoide, macrosomía fetal y

polihidramnios en el embarazo actual, gestación múltiple, diabetes gestacional en embarazos anteriores, hijo macrosómico, glucosa de ayuno (100-125 mg/dl, glucosa 2 horas postprandial 141-199 mg/dl), 2 o más abortos consecutivos sin causa aparente, feto muerto sin causa aparente, malformaciones fetales

Clasificación de Diabetes Mellitus: Únicamente para fines de registros nacionales, conforme a la CIE-10, esta se clasifica en:

- Diabetes Mellitus en el Embarazo:
- Diabetes Mellitus Preexistente insulino dependiente en el embarazo
- Diabetes Mellitus Preexistente no insulino dependiente en el embarazo
- Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo

Para fines clínicos, la Diabetes Mellitus se clasifica en:

- Diabetes mellitus tipo 1 (DMT1): Causada por destrucción de células beta que lleva a un déficit absoluto de insulina. Puede ser mediada por procesos autoinmunes o idiopática.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2): Debido a un defecto progresivo de la secreción de insulina en el contexto de resistencia a la insulina.
- Diabetes Mellitus Gestacional: Intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable, con comienzo o primer reconocimiento durante la gestación, con independencia del tratamiento empleado para su control y su evolución postparto.
- Tipos específicos de Diabetes secundarios a otras causas: ejem. Síndromes monogénicos (diabetes neonatal, MODY, enfermedades del páncreas exocrino, inducida por químicos o fármacos, en el tratamiento de VIH/SIDA o trasplante de órganos).

1.6.12 Anemia y embarazo

La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo, al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en mujeres en edad

reproductiva es del 15% a nivel latinoamericano; sin embargo, el 46.9% de las mujeres embarazadas en América Latina presentan anemia.

Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas.

La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas y es un hecho que las gestantes con anemia por deficiencia de hierro tienen niños prematuros o con peso bajo al nacer con una frecuencia significativamente mayor. También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad perinatal.

Definición: La anemia se define por nivel sérico de hemoglobina ≤ 11 g/dl, según la definición de la OMS. La anemia por deficiencia de hierro se define por disminución en la producción de glóbulos rojos, con disminución en los depósitos corporales de hierro, aumento de las concentraciones de hemoglobina mayores de 1 g/dl después de tratamiento con hierro o ausencia de hierro almacenado en la médula ósea. El espectro de la deficiencia de hierro varía desde la pérdida hasta la eritropoyesis deficiente, cuando el transporte, almacenamiento y el hierro funcional son bajos.

1.6.13 Obesidad y embarazo

La prevalencia de la obesidad es alarmante, habiendo alcanzado el 33.8 % entre los adultos de los EE.UU. En 2008. Con respecto a la morbilidad, mortalidad y la economía, la carga de la obesidad es enorme. Los riesgos de las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2 ascendieron con el aumento del índice de masa corporal (IMC). Los efectos desfavorables de la obesidad pueden ser más graves para las mujeres que para los hombres. La prevalencia de obesidad es mayor en el sexo femenino (35.5% vs 32.3%) que, en el masculino, por otro lado, las mujeres de mediana edad con obesidad tienen doble riesgo de apoplejía que los hombres.

Se sabe entonces, que las implicaciones a corto y largo plazo, van mucho más allá del período de gestación, por lo tanto, su abordaje no solo se limita al embarazo. Desde el punto de vista del MOSAFC, como abordaje integral, deberá tratarse desde la niñez.

Actualmente, las mujeres jóvenes son cada vez más propensas a iniciar un embarazo con obesidad preconcepcional. Un estudio publicado en EEUU, utilizando datos de 26 estados de ese país (n = 75,403 mujeres) durante el período de 2004 a 2005 en el Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), Chu et al, reportó que 1 de cada 5 mujeres eran obesas cuando iniciaron la gestación, la prevalencia fue de hasta un tercio en algunos subgrupos, dependiendo de la raza y la región geográfica.

Iniciar un embarazo con un IMC preconcepcional alto está asociado a resultados adversos del embarazo, incluido el aumento de las tasas de cesárea, macrosomía fetal y parto vaginal prolongado o complicado, junto con un mayor riesgo de mantenerse en sobrepeso u obesidad después del parto en las madres. Además, actualmente están tomando fuerzas las teorías de programación fetal, que apoyan cambios fisiopatológicos en fetos de madres que conllevan el embarazo en estados de sobrepeso, obesidad, o síndromes metabólicos, que los condicionan a ellos y a sus generaciones posteriores, a un mayor riesgo de tener sobrepeso y otras enfermedades metabólicas en su vida posterior.

Recientes revisiones sistemáticas y metaanálisis han confirmado una asociación fuerte e independiente entre la obesidad y la diabetes en el embarazo; en comparación con las mujeres de peso normal; las madres obesas tienen más del triple de riesgo de desarrollar DMG. Independientemente del peso antes del embarazo, el aumento de peso durante y entre embarazos, predispone a un mayor riesgo de DMG. Madres con mayor peso, también son más propensas a tener niveles más altos de glucosa, que no superan el punto de corte para diagnóstico de la diabetes gestacional, sin embargo, confieren riesgos elevados similares a los de la diabetes gestacional.

.Impacto de la obesidad sobre el embarazo

--Limitaciones diagnósticas: al realizar exploración ecográfica a una gestante obesa, es la resistencia que el tejido adiposo ofrece al paso de los ultrasonidos, por lo que la tasa de detección de malformaciones o marcadores de aneuploidía es significativamente menor respecto a la población general de gestantes.

--Malformaciones congénitas: se debe informar del riesgo incrementado de anomalías congénitas. La ecografía de la semana 20 debe ofrecerse entre las semanas 20 y 22; no antes.

--Crecimiento fetal: la estimación ecográfica del peso fetal no es superior a la estimación clínica en la población obesa. Aunque ambos métodos tienen aproximadamente un error asociado del 10%, se ha encontrado que el 30% de las mujeres obesas aportarán una estimación ecográfica del peso fetal alrededor de 5 días antes del parto que diferiría más del 10% del peso del recién nacido.

--Prematuridad: las secuelas propias de la prematuridad son considerablemente más severas en estos fetos, pues su reserva metabólica es menor, su tendencia a la hipoglucemia más severa y la prevalencia de hipertensión pulmonar primaria, inexplicablemente, más alta.

--Morbimortalidad materna, fetal y perinatal: la mortalidad materna como fetal no ocurre de forma directa. Sin embargo, si aumentan su incidencia la hemorragia postparto, preeclampsia, sepsis, parto obstruido y la infiltración grasa del miometrio (disminuye la contractilidad del miometrio). La mortalidad fetal inexplicada es un 50% más elevada en pacientes con sobrepeso y dos veces más frecuentes en las obesas.

--Diabetes gestacional: es la complicación más frecuente durante la gestación. La diabetes tipo 2 tiene mayor incidencia entre las gestantes obesas. La obesidad un factor de riesgo muy importante de diabetes gestacional.

--Hipertensión y síndrome de HELLP: los cambios hemodinámicos asociados a la obesidad se traducen en hipertensión arterial, hemoconcentración alteraciones de la función cardíaca. La hipertensión crónica es diez veces más frecuente en las mujeres obesas. El riesgo de hipertensión inducida por la gestación y preeclampsia aumenta significativamente en las mujeres con sobrepeso u obesidad al inicio del embarazo.

1.6.14 infección de vías urinarias en el embarazo

La infección urinaria (IU) suele presentarse en el 17-20% de las embarazadas y su importancia radica en los efectos que se han probado ocurren durante el trabajo de parto y en los neonatos. Se ha asociado con ruptura de membranas, corioamnionitis, trabajo de parto y parto prematuros; y en el neonato a sepsis neonatal.

Las infecciones urinarias asintomáticas se presentan entre el 2-10% de las mujeres embarazadas y representan un desafío diagnóstico. Se calcula que 30-50% de esta variante, desarrollan posteriormente manifestaciones clínicas de IU (fiebre, disuria, frecuencia y urgencia). La pielonefritis se presenta con una frecuencia del 2-4% de las embarazadas y suele acompañarse de fiebre, dolor costovertebral y piuria.

Se ha asociado el origen de las IU en embarazadas a varios factores. Uno de ellos podría ser la compresión mecánica en los uréteres por el aumento del tamaño del útero y el consecuente apareamiento de hidroureter e hidronefrosis. Otro, la relajación del músculo uterino por acción de la progesterona y finalmente, las alteraciones del pH, osmolaridad, glucosuria y aminoaciduria inducidas por el embarazo, que podrían facilitar el crecimiento bacteriano.

Orientación Clínica Básica: Ciertas características de la mujer y las modificaciones fisiológicas del embarazo sobre el aparato urinario, son los principales factores que la predisponen a sufrir infecciones urinarias.

--El traslado de gérmenes hasta los uréteres se produce por simple acción mecánica.

--El reflujo vesicoureteral durante la micción favorece el traslado de gérmenes hacia los uréteres, hasta llegar a los intersticios renales. Otra vía de contaminación extremadamente infrecuente es la descendente, donde los gérmenes pueden alcanzar los riñones por vía hemática o linfohemática.

Consecuencias de la IU en los recién nacidos: La asociación entre Infección Urinaria y parto prematuro ha sido controversial por el sesgo que tienen diferentes factores que no han sido tomados en cuenta en los estudios. Sin embargo, en el caso de la bacteriuria asintomática, se ha encontrado que si no se desarrolla pielonefritis no se asocia a parto prematuro. La cadena de eventos que podría desencadenar el trabajo de parto o infección intrauterina se ha relacionado con la presencia de citocinas secretadas por los macrófagos y monocitos maternos y/o fetales, en respuesta a, por ejemplo, endotoxinas bacterianas.

La **infección urinaria activa en embarazadas** al momento del parto (no el antecedente de infección urinaria en etapas previas de este mismo embarazo), es uno de los factores de riesgo más importantes que lleva a sepsis neonatal.

1.6.15 Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo (normativa 077 MINSA p.216-259)

Las ETS son un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo, debido a que el 85% de su población es sexualmente activa. Los mecanismos de transmisión son complejos y ligados a grupos con prácticas de riesgo a través de contacto sexual sin protección.

En el embarazo, estas infecciones afectan la unidad feto-placentaria, llevando a complicaciones como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y recién nacido de bajo peso, e incluso maternas, como corioamnionitis e infección puerperal.

La OMS calcula que, a nivel mundial, existen más de 340 millones de nuevos casos cada año; para reducir la incidencia de estas infecciones, se debe tratar a pacientes con ITS en su primer contacto con el servicio de salud. Para esto ha elaborado una herramienta, que es el programa del manejo sindrómico, que está diseñado para capacitar a los proveedores de servicios de salud en la identificación de grupos coherentes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la provisión de tratamiento que abarque la mayoría de los microorganismos responsables de cada síndrome.

Capítulo II:
Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y según su secuencia en el tiempo es transversal.

2.2 Universo

Corresponde a 58 mujeres con complicaciones que estuvieron albergadas en casa materna en el periodo de estudio, registrado por año de la siguiente manera:

Año 2018: complicaciones presentadas :16 ingresos a casa materna: 110

Año 2019: complicaciones presentadas: 18 ingresos a casa materna 120

Año 2020: complicaciones presentadas :24 ingresos a casa materna: 115

Para un total de 58 complicaciones obstétricas presentadas en dicho periodo de estudio de 345 mujeres ingresadas lo que representa 16% de los ingresos.

2.3 Características de la unidad de observación

Las mujeres del municipio de Morrito se caracterizan por sus principales actividades económicas agricultura y ganadería, estudiar no es una prioridad por lo que la escolaridad baja es frecuente, todos son creyentes en Dios y no hay religiones fuera de la evangélica y católica, aún existe la creencia las enfermedades son un castigo divino”, por lo que la planificación familiar es considerada un pecado para algunos de los creyentes.

Además, se caracterizan por iniciar vida sexual activa desde edades tempranas, por lo que los partos a edades muy tempranas es algo común, la práctica del matrimonio es infrecuente, y son mujeres que alcanzan largos años de vida, generalmente enferman después de los 50 años.

2.4. Muestra/ criterios de inclusión y exclusión

2.4.1 Muestra

La muestra corresponde a todo el universo que corresponde a 58 expedientes de mujeres albergadas en casa materna del 2018 -2020

2.4.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- a) Expedientes disponibles en las unidades de salud, ajenos a casa materna.
- b) Expedientes con registro de estancia mayor a 24 horas.

Criterio de exclusión

- a) Embarazadas con expedientes sin el carnet perinatal base (HCPB) o que este incompleto.
- b) Expedientes sin nota médica.
- c) Expedientes con letra ilegible.

2.5 Técnicas y procedimientos

La técnica utilizada en esta investigación fue la revisión documental y como fuente secundaria se obtuvo la información de expedientes clínicos.

El instrumento de recolección de datos es una ficha de revisión de expediente que responde a los objetivos de la investigación, se estructura con 4 acápites: factores sociodemográficos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, y complicación obstétrica, información obtenida de la historia clínica perinatal base y resto de expediente clínico.

Se realizó prueba piloto con 5 expedientes donde se obtuvo éxito en su validación.

2.6 Plan de tabulación

El documento se creó en Microsoft Word 2010

Se creó base de datos en producto de estadística y solución de servicio (SPSS), a partir del cual se crearon tablas en Excel donde se evidencian resultados con los datos sociodemográficos, antecedentes médicos, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos y finalmente complicaciones obstétricas.

Además, se crearon 4 tablas donde se logró Comparar complicaciones obstétricas contra el resto de variables donde se evidencia los factores presentes por cada complicación.

2.7 Plan de análisis

Una vez recolectado los datos se analizó, cuales son los factores sociodemográficos más representativos de la población para poderlos caracterizar, además se tomarán en cuenta los antecedentes de la población haciendo énfasis en los más relevantes, posteriormente se analizaron los antecedentes ginecológicos de las pacientes donde se toma en cuenta tanto los del embarazo actual como embarazos anteriores y además se analizó las complicaciones obstétricas según su orden de frecuencia.

Se realizaron las siguientes tablas comparativas para su análisis:

--Complicaciones obstétricas V.S características sociodemográficas de mujeres atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se presentan en complicaciones obstétricas.

--Complicaciones obstétricas VS antecedentes médicos de mujeres atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se presentan en complicaciones obstétricas

--Complicaciones obstétricas VS antecedentes ginecológicos de mujeres atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020

--Complicaciones obstétricas VS Antecedentes Obstétricos de mujeres atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020

2.8 Enunciado de variables

I. Características sociodemográficas de la población en estudio

1. Edad
2. Procedencia
3. Etnia
4. Religión
5. Escolaridad
6. Estado Civil
7. Talla

II. Antecedentes médicos de los sujetos en estudio.

1. Antecedentes patológicos personales
2. Antecedentes personales no patológicos
3. Antecedentes patológicos familiares

III. Antecedentes gineco-obstétricos de los sujetos en estudio.

1. Antecedentes ginecológicos
2. Antecedentes obstétricos

IV. Complicaciones obstétricas presentadas

1. Complicación obstétrica

2.9 Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	valor /Escala
I. Características sociodemográficas de la población en estudio				
Edad	Edad en años cumplida desde el nacimiento hasta el momento de su ingreso a casa materna-	---	Años	12-15 16-20 21-30 31-36 +36
Procedencia	Puesto de salud donde se realizó la captación del embarazo actual.	---	Nominal	Walter Acevedo Mayasang San bartolo Sincoyal Morrito
Etnia	Grupo racial al que pertenece la paciente.	---	Tipo	Blanca Indígena Mestiza Negra Otra
Religión	Conjunto de creencias y costumbres fundamentadas en la divinidad en la cual cree la paciente	---	Tipo	Evangélico Católico Testigo de jehová Mormón Otra
Escolaridad	Nivel máximo adquirido en el ámbito escolar.	---	Ultimo grado aprobado.	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad Profesional
Estado civil	Es el tipo de relación física entre la paciente y su pareja con la cual se concibió el embarazo.	---	Relación de pareja	Casada Unión estable Soltera Otro

Talla	Estatura medida en metros al momento de la captación.	---	Metros	Menor a 1.5 1.5 a +
II. Antecedentes Médicos de los sujetos en estudio.				
Antecedentes patológicos personales	Toda patología diagnosticada en la paciente previa a su embarazo.	---	Tipo	Tuberculosis Pulmonar Hipertensión arterial crónica Diabetes mellitus Preeclampsia Eclampsia Anomalías Congénitas Cardiopatías Antecedentes de cirugía genitourinarias Antecedente de nefropatías Otras Negados.
Antecedentes personales no patológicos	Todo antecedente en el paciente no relacionado a patología, los cuales se ha demostrado tiene efecto negativo para la salud.	---	Tipo	Etilismo Activo Antecedente de etilismo. Fumadora activa Fumadora pasiva Violencia Negados.
Antecedentes familiares patológicos	Todo conocimiento acerca de patologías que han afectado a los familiares de primer grado de consanguinidad.	---	Patología	Diabetes Hipertensión Preeclampsia Eclampsia Cardiopatías Otra Negados.

III. Antecedentes gineco-Obstétricos				
Antecedentes Ginecológicos	Son todos aquellos eventos desencadenados desde la aparición de caracteres sexuales secundarios	Menarca	Años	Menor de 12 12-15 16 a +
		Inicio de vida sexual activa	Años	Menor de 12 años 12-15 años 16 a +
		Número de parejas sexuales	Personas	1 2 3 a Mas
		Planificación familiar	Método anticonceptivo	Natural Hormonal Barrera No usaba.
Antecedentes obstétricos	Son todos aquellos Datos relacionado a embarazo previo o actual hasta el día del parto.	Paridad	Gestaciones	Primigesta Bigesta Multigesta
		Periodo intergenésico	Años	N/A (Primigestas) 0-2 + 2
		Vía de nacimiento anterior	Tipo	No aplica Vaginal Cesárea
		Peso de productos previos	Tipo	N/A (Nulíparas) Normopeso Bajo peso al nacer Sobrepeso al nacer
		IMC materno	Tipo	Normopeso Bajo peso Desnutrición Sobrepeso Obesidad
		Corticoides antenatales	Presencia	Si No
		Edad Gestacional de la complicación	Semanas	Antes de 37 37-39 40 a +

		Patología del embarazo actual	Tipo	VIH VDRL Glicemias Alterada PAP alterado Toxoplasmosis Enfermedad de Chagas Infección de vías urinarias Anemia.
IV. Complicaciones obstétricas presentadas				
Complicación obstétrica	Es cualquier evento desde el momento de la gestación hasta 42 días después del parto, que conlleva a un resultado desfavorable ya sea para la gestante o para su producto, la cual se presenta en casa materna		Tipo	1.Hemorragia post parto 2. Amenaza de parto pretérmino 3.Síndrome hipertensivo gestacional 4. Riesgo de pérdida del bienestar fetal 5. IVU con sintomatología severa 6.Diabetes descompensada 7. Óbito fetal 8. Distocias del parto. 9. Placenta previa 10.Retencion placentaria 11.Partos pretérminos 12.Otras complicaciones

2.9 Aspectos éticos

Se solicitó la autorización a través de una carta dirigida a la docencia del SILAIS, Río San Juan, una vez aprobada se solicitó a la dirección municipal el permiso para acceder a los expedientes clínicos y aplicar el instrumento de recolección.

El único fin de este trabajo es investigativo, y se cumple con los principios de no maleficencia y beneficencia, por lo que la revisión de expedientes se realizó en casa materna y nunca fuera de ella, durante la revisión se asignó un número secuencial del 1 hasta el 58 a cada expediente para no tomar el nombre de la paciente, se realizó sin la presencia de personas ajenas a la investigación.

No se publicará ninguna información antes de darla a conocer a las autoridades médicas del municipio y SILAIS Río San Juan.

Capitulo III.

DESARROLLO

3.1 Resultados

--Los resultados que se muestran a continuación son los hallazgos al revisar 58 expedientes clínicos de mujeres que ingresaron y fueron atendidas con una complicación obstétrica en casa materna de Morrito, Rio San Juan en los años 2018-2020. se utilizó el diagnostico por el cual fue referida la paciente al segundo nivel de atención y en los casos que no fueron referidos, se utilizó el primer diagnóstico de complicación obstétrica para evitar duplicación de datos.

--La población se caracteriza ya que predominaron mujeres en edad fértil comprendidas en el rango de edad de 21-30 años (17) seguido del grupo de 16-20 años (15) con 26%, de 31-36 (13) 22%, 12-15 (9) 16%, 36 a más (4) 7% respectivamente por orden de frecuencia.

--La mayoría de ellas tienen su procedencia de sectores considerados urbanos Morrito (17) 29% y Walter Acevedo 12 (21%) San Bartolo (11) 19%, Mayasang (10) 17%, y Sincoyal (8)14% según su frecuencia de mayor a menor.

El 100% (58) de las mismas son mestizas, no profesan otras religiones más que la católica 59% y evangélica 41%, se caracterizan por una baja escolaridad ya que predomina la primaria como ultimo nivel académico aprobado (25)43% seguido de Secundaria (13)22%, Analfabeta (9) 16%, Profesionales (7) 12%correspondiente a 7 docentes, y (4) cursan estudios universitarios 7%.

--Por otra parte, predomina la unión de hecho 71% como estado civil principal ya que la población casada es del 14% mismo número de solteras (8) 14% y por último viuda (1) 2%, en esta población predomino la talla mayor a 1.5 metros con 67%. (ver gráfico de 1-4) y tabla1.

-- En los antecedentes médicos de los sujetos en estudio, se revisaron 3 variables antecedentes patológicos personales, antecedentes personales no patológicos y antecedentes patológicos familiares donde predomino la población sin antecedentes en las 3 variables.

Se describen de la siguiente forma según su orden de frecuencia de mayor a menor.

--Antecedentes Patológicos Personales: Negados (22) 40%, preeclampsia (7) 12%, hipertensión arterial crónica y cirugías genitourinarias (6) 10% respectivamente, diabetes mellitus, nefropatías y otras (5) 9% cada una, VIH y cardiopatías (1) 2% respectivamente.

--Antecedentes personales no patológicos: Negados (35) 60%, fumador pasivo (12) 21%, antecedente de etilismo (8) 12%, etilismo activo (2) 4%, y por último violencia (1) 2%. antecedentes patológicos familiares: Negados (25) 43%, diabetes (15) 26%, hipertensión arterial crónica (14) 24%, preeclampsia y cardiopatías (7) 12% cada una y eclampsia (1) 2%. (ver gráfico 5-6)

--Al describir antecedentes gineco-obstétricos de la población los dividimos en ginecológicos y obstétricos, se describen de mayor a menor según su orden de frecuencia:

--Ginecológicos: Menarca: grupos de edades 12-15 años (47) 81%, 16 a más (8) 14% y menor de 12 años (3) 5%, con respecto a edad de inicio de vida sexual activa 12-15 años (43) 74%, 16- mas (14) 24%, menor de 12 años (2) 2%, se analizó además el número de parejas sexuales dos parejas (22) 38%, una pareja (21) 36%, y tres parejas o más (15) 26%, se analizó además la planificación familiar se encontró (23) 40% no usaban, método hormonal utilizado por (22) 38%, método de barrera (8) 14%, y método natural (5) 9%. **(Ver gráfico 7-8) tabla 3 y 4.**

--Con respecto a Antecedentes obstétricos se describen de la siguiente forma según su frecuencia y porcentaje de mayor a menor: Paridad: Bigestas (25) 43%, multigestas (21) 36%, y primigestas (12) 21%, Periodo intergenésico mayor de 2 años (24) 41%, menor de 2 años (22) 38% y no aplico (12) 21%.

--Con respecto al peso al nacer de productos previos (29) 50% se encontró en normopeso, (8) 12% con bajo peso al nacer, (6) 10% con sobrepeso al nacer, y (15) 26% no aplicaron que corresponde a un grupo de pacientes nulíparas. Con respecto al IMC materno sobrepeso fue el predominio con (24) 41%, Normopeso (18) 31%, obesidad (13) 22%, bajo peso (2) 4%, y desnutrición (1) 2%. Se reviso además el uso de corticoides antenatales el (32) 55% no se le indico y al resto 26 (45%) si cumplió. (ver tabla 5A)

--Se evaluó la edad gestacional al momento de la complicación la mayoría de ellas ocurre de las 37 a las 40 semanas de gestación (41) 71%, antes de la semana 37 ocurrieron (12) 21% y después de las 40 semanas de gestación (5) 8% respectivamente, con respecto a las patologías del embarazo actual fueron las siguientes; infección de vías urinarias (33) 57%, PAP alterado (15) 26%, anemia (14)24%, glicemia en ayuna alterada (11) 19%, Enfermedad de Chagas (1) 2% y VIH (1) 2%. (ver tabla 5B)

--En las complicaciones obstétricas se describen en el siguiente orden de frecuencia de mayor a menor y por porcentajes de la siguiente manera; Síndrome Hipertensivo Gestacional con (16) 28%, hemorragia Post Parto (11) 19%, amenaza de parto pretérmino (7) 12%, parto pretérmino (5) 9%, ruptura prematura de membranas (5) 9%, infección de vías urinarias con sintomatología severa (5) 9%, diabetes descompensada (4) 6%, riesgo de pérdida del bienestar fetal (3) 5% y retención placentaria (2) 3%.

(Ver gráfico numero 13) y tabla 6.

3.2 Discusión

Al analizar los resultados de la investigación se encuentran diferencias con el autor Reyes, Coello, Carrasco y otros (2016) complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, donde la edad de 10-19 años ocurrieron el 33% de las complicaciones obstétricas, y Chávez Jurado (2017-2018) factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el hospital nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018, Universidad Ricardo Palma, Lima Perú, encontró predominio de las complicaciones en las edades de 14 -18 años de edad (33%), esta investigación existe un claro predominio del 26% en el grupo de edad de 12- 30 años, encontrando coincidencia con antecedente nacional de estudio de la autora ,Daysi Martínez (2020) Factores asociado a complicaciones obstétrica en embarazadas atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, enero–diciembre 2018, Nicaragua, edad de 20 a 29 predominio en (35%).

Morrito es el único sector considerado urbano con respecto a la procedencia, obtuvo 29% de las complicaciones ocurridas en mujeres de procedencia urbana y el 71% en el resto de sectores, es decir zona rural, lo cual coincide con los antecedentes presentados donde las complicaciones ocurren en pacientes con procedencia rural; Daysi Martínez (2020) Factores asociado a complicaciones obstétrica en embarazadas atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, enero–diciembre 2018, Nicaragua (93%) procedencia rural , Leyton, López (2012) Factores de riesgo de las complicaciones materno perinatales durante el parto en adolescentes embarazadas; ingresadas a los servicios de obstetricia del Hospital materno infantil de Chinandega enero-abril 2012, Nicaragua. Con procedencia urbana del (52%).

Con respecto a la religión se encontró únicamente dos religiones evangélicas (24) 41% y católicos (34) 59%. Los demás estudios no consideraron relevante la religión, sin embargo, en otras áreas de Nicaragua existen distintas religiones donde se prohíben ciertas intervenciones medicas como la transfusión sanguínea (testigo de jehová), el predominio de la religión católica se concuerda con las estadísticas nacionales, Nicaragua posee un predominio de la religión católica del 58%.

Con respecto a la talla predominó la mayor a 1.5 metros (39) 67%, y menor de 1.5 metros (19) 33%, la mayoría de estudios no consideran esta variable sin embargo se conoce que talla baja menor a 1.5 es un factor a tener en cuenta a la hora del parto ya que se asocia a desproporción cefalopélvicas, desgarros perineales, por lo que en futuras investigaciones debe tomar en cuenta, como lo menciona la normativa 109 MINSA. Se contrasta con Leyton López donde talla menor a 1.5 metros fue mayor en los casos que en los controles (57%)

En el estado civil en este estudio se evidenció la unión de hecho como predominante (41) 71%, lo que coincide con Daysi Martínez donde fueron mayor las mujeres con parejas de unión de hecho con el 70% (56/80) con un predominio similar en el resto de estudios. La escolaridad baja es un patrón a repetir en las complicaciones, es este estudio; primaria (25) 43%, secundaria (13) 22%, se coincide con Leyton López, en los casos predominó la escolaridad primaria (44.9%) y en los controles la escolaridad secundaria (54.1%) y en estudio de Martínez donde el nivel de escolaridad predominó la educación secundaria con el 54% (43/80), seguido de primaria en el 44% (35/80).

Con respecto a los antecedentes médicos los demás estudios no los tomaron en cuenta, si bien la mayoría no presentó ningún antecedente, aquellos que presentaron antecedentes se encontró antecedente patológico personal de preeclampsia (7) 12%, antecedente personal no patológicos fumador pasivo (12) 21% y antecedente patológico familiar diabetes (15) 26%,

En los antecedentes gineco obstétricos lo que respecto únicamente a ginecológicos se evaluó la menarca, e inicio de vida sexual activa, además de número de parejas sexuales y planificación familiar, dichas variables no fueron tomadas en cuenta en estudios anteriores, sin embargo según describe normativa MINSA 109 algunos métodos hormonales pueden desencadenar síndrome metabólicos, si bien la edad de la menarca es un factor no modificable, se debe hacer énfasis en aumentar la edad de inicio de vida sexual activa, sobre todo a edades donde la mujer se encuentra fisiológicamente lista para lo que conlleva un embarazo.

Con respecto a la variable paridad la mayoría fueron bigestas (25) 43%, con vía de nacimiento anterior vaginal (40) 69%, y peso al nacer de productos previos en Normopeso (29) 50%, Periodo intergenésico de más de 2 años (24) 41%, IMC materno de sobre peso (24) 41%, y obesidad (13) 22% son los datos más relevantes de los antecedentes obstétricos.

Este hallazgo es de suma importancia ya que, en estudio realizado por la autora, Daysi Martínez (2020) “Factores asociado a complicaciones obstétrica en embarazadas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, enero–diciembre 2018, Nicaragua” se describe un claro predominio de las complicaciones en pacientes primigestas con 45%, de la misma forma con el autor, Pavón León y Gogeochea-Trejo (2019) “Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia, Xalapa, México” encontrando un predominio del 40% para las primigestas.

Con respecto a las patologías del embarazo actual en este estudio se encontró, infección de vías urinarias (33) 57%, PAP alterado (15) 26%, anemia (14)24%, glicemia en ayuna alterada (11) 19%, Enfermedad de Chagas (1) 2% y VIH (1) 2%. Daysi Martínez menciona las patologías durante el embarazo actual fueron referidas por el 56% (45/80) de las embarazadas, siendo las patologías las infecciones de vías urinarias (53% 24/45) y las ITS (44% 20/45) lo que coincide con lo encontrado, el resto de autores no tomo en cuenta esta variable.

Y por último las complicaciones obstétricas presentadas en este estudio se describe; síndrome hipertensivo gestacional con (16) 28%, hemorragia post parto (11) 19%, amenaza de parto pretérmino (7) 12%, parto pretérmino (5) 9%, ruptura prematura de membranas (5) 9%, infección de vías urinarias con sintomatología severa (5) 9%, diabetes descompensada (4) 6%, riesgo de pérdida del bienestar fetal (3) 5% y retención placentaria (2) 3%.

Este hallazgo concuerda con antecedentes nacionales e internacionales donde hay predominio de síndrome hipertensivo gestacional en cualquiera de sus presentaciones, se logra evidenciar un acuerdo con respecto a la segunda causa de complicaciones en este estudio se encontró hemorragia post parto fue la segunda causa de complicaciones en antecedentes.

Se coincide la complicación obstétrica más frecuente es el síndrome hipertensivo gestacional, seguidas de Hemorragia post Parto , a diferencia de los estudios internacionales donde predomino la Hemorragia post parto y en algunos casos no se menciona, Chávez Jurado menciona la complicación obstétrica que con mayor frecuencia apareció dentro de la población gestante adolescente fue ruptura prematura de membranas donde se contabilizaron 32 casos (33,60%), en segundo lugar, encontramos al trastorno hipertensivo del embarazo con 23 casos (24,20%).

Para dar respuesta a la pregunta de investigación **¿Cuáles son los factores presentes en complicaciones obstétricas de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan 2018- 2020?**

A continuación, se analizan los cruces de variables de síndrome hipertensivo gestacional y hemorragia post parto.

Síndrome hipertensivo Gestacional: predominó con 28% y los factores que se presentaron son; edad 21-30 años 12%, procedencia rural 19%, religión católica 16%, escolaridad primaria 12%, estado civil unión de hecho 21%, talla menor de 1.5 metros, 17%, antecedentes patológicos negados 8%, antecedentes personales no patológicos negados 14%, y antecedentes patológicos familiares negados 10%.

En antecedentes gineco obstétricos, menarca de 12-15 años 22%, inicio de vida sexual activa 12-15 años (24%), Planificación familiar con método de barrera (9%), primigestas (16%), peso al nacer de productos previos, normopeso (12%), IMC materno normopeso y obesidad (/10%) ambos, patologías del embarazo actual IVU (12%).

Hemorragia post Parto: se presentó 19%, los factores que se presentaron son a: edad de 21-30 y 30-36 (27%) cada una, procedencia Walter acevedo, Mayasang, San Bartolo (27%) cada uno, religión católica (52%), escolaridad primaria y secundaria (27%) cada uno, estado civil unión de hecho (45%), talla menor de 1.5 metros (45%), antecedentes patológicos personales negados y HTA (27%) cada uno, antecedentes personales no patológicos fumador pasivo (54%), antecedentes familiares negados (63%).

En los antecedentes obstétricos menarca edad 12-15 años (81%), inicio de vida sexual activa 12-15 (63%), número de parejas sexuales dos (45%), planificación familiar hormonal (45%), paridad bigesta (45%), periodo intergenésico mayor de 2 años (54%), vía de nacimiento anterior vaginal (54%), peso al nacer de productos previos en sobre peso (36%), IMC materno sobrepeso (45%), y patología del embarazo actual IVU (54%).

Al realizar contraste entre ambas complicaciones se encontró que ambas se presentan en el mismo grupo de edad 21-30 años, el síndrome hipertensivo gestacional se presentó más en zonas urbanas y la Hemorragia post parto en zonas rurales, ambas con religión católica, con escolaridad primaria, en unión de hecho, y talla menor de 1.5 metros son similares. El síndrome hipertensivo parece estar

ligado a primigestas y hemorragia post parto a bigestas, ambas con IVU como patología del embarazo actual. (Ver cruce de variables en tabla 6-8B)

Este trabajo abre puertas a nuevos trabajos de casos y controles donde se podrá estudiar factores de riesgos y una complicación obstétrica en específico. Se hace reflexión a lo siguiente, se debe mejorar en los seguimientos en la planificación familiar ya que la mayoría de estas mujeres no planifican, se debe aumentar la educación sexual en las escuelas y que sea de conocimiento de la población las principales secuelas en una mujer con complicación obstétrica.

Con respecto la normativa Minsa protocolo 109 y 077 hay coincidencia a esta población los factores identificados también aparecen descritos en la normativa y por lo que es recomendado apegarse en los protocolos de atención de complicaciones obstétricas y embarazos del alto riesgo.

3.3 Conclusiones

La población en estudio presenta características sociodemográficas que concuerdan con las estadísticas de Nicaragua, se demuestra respecto a la edad de las complicaciones obstétricas un predominio del grupo de 21 a 30 años, lo que difiere de estudios internacionales donde las adolescentes son las más afectadas.

Las complicaciones obstétricas se presentaron en mujeres sin antecedentes, sin embargo, aquellos factores como antecedente personal de preeclampsia, el hecho de ser fumador pasivo y familiares con diabetes se deben tomar en cuenta durante la captación de las pacientes, siendo estos posibles factores predisponentes.

El inicio de vida sexual activa a edades tempranas 12-15 años, juegan un papel importante, combinado con otros factores como no usar métodos de planificación familiar es un factor presente en las complicaciones obstétricas

La infección de vías urinarias en el embarazo actual es un factor considerable con resultados adversos tanto para la madre como para el bebé, la mayoría de complicaciones obstétricas ocurrieron durante la semana 37- a la 40 de gestación periodo óptimo para dar a luz, por lo que debemos sospechar de todo paciente no solo pretérminos ni postérminos.

Las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia son; síndrome hipertensivo gestacional, hemorragia post parto y amenaza de parto pretérmino.

Se debe tomar como punto de partida para realizar nuevos estudios de casos y controles sobre alguna complicación obstétrica, como la amenaza de parto pretérmino ya que ocupa el tercer puesto de las complicaciones encontradas, lo cual podría estar ligado al predominio de infección de vías urinarias en el embarazo.

3.4 Recomendaciones

Al ministerio de salud.

-- Realizar capacitación donde se den a conocer los resultados de dicho estudio, ya que la mayoría de las complicaciones ocurrieron en pacientes las cuales no tenían antecedentes patológicos personales, ni familiares, lo que nos insta a no bajar la guardia ante ningún tipo de pacientes

A personal de la salud que atiende la casa materna:

-- Velar por el cumplimiento de protocolos establecidos en la normativa 109 y 077 del ministerio de salud con énfasis infecciones urinarias en la semana 37- a las 40 de gestación.

A estudiantes de la carrera de medicina

--Realizar futuras investigaciones donde se aborden factores de riesgo y complicaciones presentadas, buscar la causalidad para disminuir la incidencia de esa patología o bien realizar seguimiento al trabajo realizado este año.

4. Bibliografía

4.1 Bibliografía de consulta:

Reyes, Coello, Carrasco y otros (2016) Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Chávez Jurado (2017-2018) Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el hospital nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018, Universidad Ricardo Palma, Lima Perú.

Pavón León y Gogeochea-Trejo (2019) Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia, Xalapa, México.

Leyton, López (2012) Factores de riesgo de las complicaciones materno perinatales durante el parto en adolescentes embarazadas; ingresadas a los servicios de obstetricia del Hospital materno infantil de Chinandega enero-abril 2012, Nicaragua.

Daysi Martínez (2020) Factores asociado a complicaciones obstétrica en embarazadas atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, enero–diciembre 2018, Nicaragua.

Mercado, C.; Méndez, J. (2016) Sobrepeso y obesidad previa la embarazo como factor asociado a complicaciones obstétricas en mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Amistad Japón-Nicaragua, Granada mayo de 2014 a mayo 2015. Nicaragua.

Rodríguez, G. (2015), Factores de riesgo y complicaciones materno- fetales en pacientes embarazadas con preeclampsia grave atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense año 2014. Nicaragua.

Grupo Océano (2017) Diccionario de medicina océano Mosby, 10ma, 1624pp.

Medrano, (2014) Casas maternas vidas seguras, Minsa, Nicaragua, 17pp.

Zuniga.R, Rodríguez.C, (2015) Objetivos de desarrollo del milenio y metas nacionales de Nicaragua, OPS.

Minsa (2018) Enfermedades de transmisión sexual y el embarazo normativo, Nicaragua.

Sampieri (2014) "Metodología de la investigación sexta edición" McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Minsa (2018) "Normativa 109, protocolo para la atención de complicaciones obstétricas segunda edición" Ministerio de Salud Nicaragua.

Minsa (2018) "Normativa 077, protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico" Ministerio de salud Nicaragua.

Zuniga-Rodriguez (2015) "Objetivos del desarrollo del milenio y metas nacionales de Nicaragua" sistema de Naciones unidas.

Mittlemark. R, (2020) "factores de riesgo para complicaciones obstétricas en el embarazo" Saint Louis University School.

CSS (2015) "Guía del manejo de las complicaciones en el embarazo" Panamá.

Sansaloni. A. (2017) "Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos" España.

Centro de escritura Javeriano (2020) "Normas APA sexta edición" Colombia.

Bonolio. P, (2017) "Manual de metodología construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología" CLACSO, Argentina.

Medina. J. (2021) "manual de tablas y gráficos de Word" México.

CAPITULO V

ANEXOS



**Factores asociados a complicaciones obstétricas en
mujeres atendidas en Casa Materna morrito Rio san juan
2018- 2020**



Numero asignado al Expediente:

Encerrar en un círculo.

1. Características Sociodemográficos

A. Edad	B. Procedencia	C. Etnia	D. Religión
12-15 años	Walter Acevedo	Mestiza	Evangélico
16-20 años	Mayasang	Blanca	Católico
21-30 años	San Bartolo	Indígena	Testigo de jehová
31-36 años	Sincoyal	Negra	Mormón
Mas de 36 años.	Morrito	Otra.	Otro
E. Escolaridad	F. Estado Civil	G. Talla	
Analfabeta	Casada	Menor a 1.5	
Primaria	Unión estable	Mayor a 1.5	
Secundaria	Soltera		
Universidad	Otro		
Profesional			

2. Enumerar los antecedentes médicos de la población en estudio

A. Antecedentes Patológicos personales

TB pulmonar	Preeclampsia	Cardiopatías
HTA	Eclampsia	Antecedente de Cirugía Genitourinaria
Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Antecedente de Nefropatías
Otras	Negados.	

B. Antecedentes personales no patológicos

Etilismo activo	Antecedente de Etilismo
Fumadora activa	Fumadora pasiva
Violencia	Negados.

C. Antecedentes Familiares Patológicos

Diabetes	HTA	
Preeclampsia	Eclampsia	
Cardiopatías	Otras	Negados

3. Antecedentes Gineco obstétricos

3.1 Antecedentes Ginecológicos

A. Menarca	B. inicio de vida sexual	C. Parejas sexuales	D. Planificación Familiar	
Menor de 12 años	Menor de 12 años	1	Natural	No usaba.
12- 15 años	12- 15 años	2	Barrera	
15- + años	15 - + años	3 o más	Hormonal	

3.2 Antecedentes Obstétricos

A. Paridad	B. Periodo intergenésico	C. nacimiento anterior	D. Productos previos	
Primigesta	Menor de 2 años	Parto Vaginal	No aplica nulíparas	
Bigesta	Mayor de 2 años	Cesárea	Normopeso al nacer	
Multigesta	No aplica primigestas	No aplica.	Bajo peso al nacer Sobrepeso al nacer	
E.IMC M	F. Corticoides Antenatales	G. Edad Gestacional	H. Embarazo actual.	
		de la complicación	Patología	
Normopeso	Si	Antes de las 37	VIH	Anemia
Bajo peso	No	37-40 semanas	VDRL	IVU
Desnutrición		Mas de 40 semanas	Glicemia alterada	
Sobrepeso			PAP alterado	
Obesidad			Toxoplasmosis	
			Enfermedad de Chagas.	

4. Complicación obstétrica presentada (al momento de referirse al segundo nivel)

A. complicación obstétrica

Hemorragia post parto	Diabetes Descompensada	Parto Pretérmino
Amenaza de parto pretérmino	Óbito Fetal	Otras.
Síndrome Hipertensivo Gestacional	Distocias del parto	Retención placentaria
Riesgo de pérdida del bienestar fetal IVU con sintomatología severa	Placenta Previa	

Tabla1A

Características Sociodemográficas de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sociodemográficas		
Edad		
12- 15	9	16
16-20	15	26
21-30	17	29
31-36	13	22
36 – mas	4	7
Procedencia		
Morrito	17	29
Walter Acevedo	12	21
San Bartolo	11	19
Sincoyal	8	14
Mayasang	10	17
Etnia		
Mestizos	58	100
Religión		
Evangélico	24	41
Católico	34	59

Nota: Fuente Expedientes clínicos de Casa Materna Adela Sánchez Ampie

Tabla 1B

Características Sociodemográficas de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sociodemográficas		
Escolaridad		
Analfabeta	9	16
Primaria	25	43
Secundaria	13	22
Universidad	4	7
Profesional	7	12
Estado Civil		
Unió de hecho estable	41	71
Casadas	8	14
Solteras	8	14
Viuda	1	2
Talla		
Menor de 1.5	19	33
Mayor a 1.5	39	67

Nota: Fuente Expedientes clínicos de casa Materna Adela Sánchez Ampie

Tabla2

Antecedentes Médicos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

Antecedentes Médicos	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes Patológicos personales		
Negados	22	40
Preeclampsia	7	12
Hipertensión arterial crónica	6	10
Cirugía genitourinaria	6	10
Diabetes mellitus	5	9
Nefropatías	5	9
otras	5	9
VIH	1	2
Cardiopatías	1	2
Antecedentes Personales No patológicos		
Negados	35	60
Fumador pasivo	12	21
Antecedente de etilismo	8	14
Etilismo activo	2	4
Violencia	1	1
Antecedentes Patológicos Familiares		
Negados	25	43
Diabetes	15	26
Hipertensión arterial crónica	14	24
Preeclampsia	7	12
Cardiopatías	7	12
Eclampsia	1	2

Nota: Fuente Expedientes clínicos de Casa Materna Adela Sánchez Ampie.

Tabla 3

Antecedentes Ginecológicos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

Antecedentes Ginecológicos	Frecuencia	Porcentaje
Menarca		
Menor de 12 años	3	5
12- 15años	47	81
16 a más años	8	14
Inicio de vida sexual activa		
Menor de 12 años	2	2
12-15 años	43	74
16 a mas años.	14	24
Numero de parejas sexuales		
1	21	36
2	22	38
3 o mas	15	26
Planificación Familiar		
No usa	23	40
hormonal	22	38
Barrera	8	14
Natural	5	9

Fuente: Expedientes clínicos de Casa materna Adela Sánchez Ampie Morrito, Rio San Juan.

Tabla 4A

Antecedentes Obstétricos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

Antecedente Obstétrico	Frecuencia	Porcentaje
Paridad		
Primigesta	12	21
Bigesta	25	43
Multigesta	21	36
Periodo intergenésico		
Menor de 2 años	22	38
Mayor de 2 años	24	41
No aplica	12	21
Vía de nacimiento anterior		
Vaginal	40	69
Cesárea	6	10
No aplica	12	21
Peso al nacer de productos previos		
Normopeso	29	50
Bajo peso al nacer	8	14
Sobrepeso al nacer	6	10
No aplica	15	26

Fuente: Expedientes clínicos de casa materna Morrito, Rio San Juan

--

Tabla4B

Antecedentes Obstétricos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

Antecedentes obstétricos	Frecuencia	Porcentaje
IMC materno		
Normopeso	18	31
Bajo peso	2	4
Desnutrición	1	2
Sobrepeso	24	41
Obesidad	13	22
Corticoides antenatales		
Si	26	45
No	32	55
Edad Gestacional de la complicación		
Antes de las 37 semanas	12	21
De las 37 -40 semanas	41	71
Mas de 40 semanas	5	8
Patologías del embarazo actual		
Infección de vías urinarias	33	57
PAP alterado	15	26
Anemia	14	24
Glicemia en ayuna alterada	11	19
Enfermedad de Chagas	1	2
VIH	1	2

Fuente: Fuente: Expedientes clínicos de casa materna Morrito, Rio San Juan

Tabla 5

Complicaciones obstétricas de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020

Complicación obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome Hipertensivo Gestacional	16	28
Hemorragia Post Parto	11	19
Amenaza de parto pretérmino	7	12
Parto Pretérmino	5	9
Ruptura prematura de membranas	5	9
Infección de Vías urinarias con sintomatología severa	5	9
Diabetes descompensada	4	6
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	3	5
Retención placentaria	2	3

Fuente: Fuente: Expedientes clínicos de casa materna Morrito, Rio San Juan

Tabla 6

Cruce de variables complicaciones obstétricas VS Características sociodemográficas de de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>SHTG</i>	<i>HPP</i>	<i>APP</i>	<i>Parto pretérmino</i>	<i>RPM</i>	<i>IVU severa</i>	<i>Diabetes D</i>	<i>RDPBF</i>	<i>Retención placentaria.</i>
EDAD										
12-15	9	2	2	1	3	1	-	-	-	-
16-20	15	3	2	3	1	1	2	3	-	-
21-30	17	7	3	1	1	2	3	-	-	-
31-36	13	3	3	1	-	-	-	1	3	2
36 - +	4	1	1	1	-	1	-	-	-	-
Procedencia										
Morrito	17	5	2	2	2	2	2	2	-	-
Walter Acevedo	12	3	4	1	2	1	1	-	-	-
San Bartolo	11	3	3	2	1	-	2	-	-	-
Sincoyal	8	2	1	2	-	-	-	2	1	-
Mayasang	10	3	1	-	-	2	-	-	2	2
Religión										
Católico	34	9	6	5	3	4	3	1	1	2
Evangélico	24	7	5	2	2	1	2	3	2	-
Escolaridad										
Analfabeta	9	2	2	2	1	2	-	-	-	-
Primaria	25	7	3	3	2	1	3	2	2	2
Secundaria	13	4	3	2	2	2	-	-	-	-
Universidad	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Profesional	7	1	1	-	-	-	2	2	1	-
Estado Civil										
Unión de hecho	41	12	5	3	5	4	3	4	3	2
Casadas	8	2	3	2	-	1	-	-	-	-
Solteras	8	2	2	2	-	-	2	-	-	-
viuda	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Talla										
Menor 1.5	19	9	6	2	2	-	-	-	-	-
Mayor 1.5	39	7	5	5	3	5	5	4	3	2

Nota: SHTG Síndrome hipertensivo Gestacional, HPP =Hemorragia post parto, APP= Amenaza de parto pretérmino, RPM= ruptura prematura de membranas RPDBF= riesgo de pérdida del bienestar fetal.

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 7

Cruce de variables complicaciones obstétricas VS antecedentes médicos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>SHTG</i>	<i>HPP</i>	<i>APP</i>	<i>Parto pretérmino</i>	<i>RPM</i>	<i>IVU severa</i>	<i>Diabetes D</i>	<i>RDPBF</i>	<i>Retención placentaria.</i>
Antecedente patológico personal										
Negados	22	5	3	1	3	-	1	4	3	2
Preeclampsia	7	2	2	3	-	-	-	-	-	-
HTA	6	2	3	1	-	-	-	-	-	-
Cirugía genitourinaria	6	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	5	1	-	-	2	2	-	-	-	-
Nefropatías	5	2	-	-	-	3	-	-	-	-
Otras	5	1	-	-	-	-	4	-	-	-
VIH	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiopatías	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Antecedentes personales no patológicos										
Negados	35	8	-	3	5	5	5	4	3	2
Fumador pasivo	12	5	6	1	-	-	-	-	-	-
Antecedente de etilismo	8	2	3	3	-	-	-	-	-	-
Etilismo activo	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Violencia	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Antecedentes patológicos familiares										
Negados	25	6	7	-	-	3	4	3	1	1
Diabetes	15	3*	-	-	5*	2*	1	1	2	1
HTA	14*	2*	-	-	-	-	-	-	-	-
Preeclampsia	7	2*	-	5	-	-	-	-	-	-
Cardiopatías	7	3	2	2	-	-	-	-	-	-
Eclampsia	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-

Nota: hay pacientes que tuvieron más de 1 solo familiar con patologías se marcan con asterisco.

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 8A

Cruce de variables complicaciones obstétricas VS antecedentes Gineco obstétricos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas.

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>SHTG</i>	<i>HPP</i>	<i>APP</i>	<i>Parto pretérmino</i>	<i>RPM</i>	<i>IVU severa</i>	<i>Diabetes D</i>	<i>RDPBF</i>	<i>Retención placentaria.</i>
Menarca										
Menor de 12 a	3	-	-	-	-	-	1	1	-	1
12-15	47	13	9	6	5	5	4	3	2	-
16 a +	8	3	2	1	-	-	-	-	1	1
IVSA										
Menor de 12	2	1	-	-	-	-	1	-	-	-
12-15	43	14	7	5	2	3	2	4	3	2
16 a +	14	1	4	2	3	2	2	-	-	-
No parejas										
uno	21	4	1	3	1	3	4	1	3	-
Dos	22	6	5	2	1	2	1	3	-	2
Tres o mas	15	6	4	2	3	-	-	-	-	-
Planificación Familiar										
No usa	23	4	3	4	3	3	3	3	-	-
Hormonal	22	3	4	3	2	2	2	1	3	2
Barrera	8	5	3	-	-	-	-	-	-	-
Natural	5	4	1	-	-	-	-	-	-	-
Paridad										
Primigesta	12	7	2	2	1	-	-	-	-	--
Bigesta	25	5	5	3	2	3	4	1	-	-
Multigesta	21	4	4	2	2	2	1	3	-	-
Periodo intergenésico										
Menor de 2 a	22	3	3	2	1	3	4	1	3	2
Mayor de 2 a	24	9	6	1	2	2	1	3	-	-
No aplica	12	4	2	4	2	-	-	-	-	-
Vía de nacimiento anterior										
Vaginal	40	8	6	4	3	5	5	4	3	2
Cesárea	6	2	3	1	-	-	-	-	-	-
No aplica	12	6	2	2	2	-	-	-	-	-

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 8B

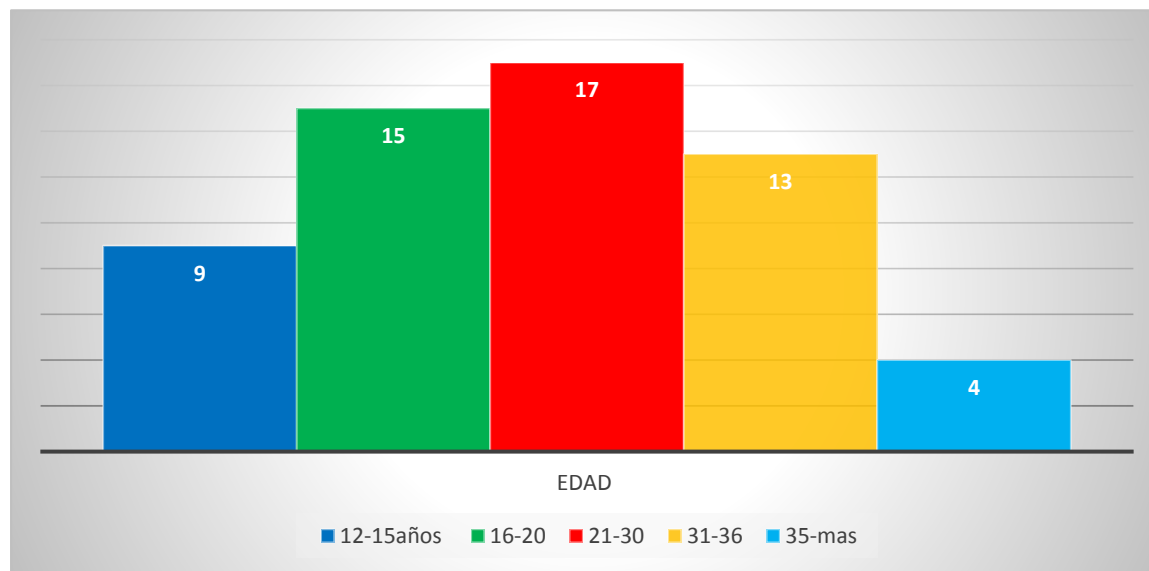
Cruce de variables complicaciones obstétricas VS antecedentes obstétricos de mujeres Atendidas en casa materna de Morrito, Rio San Juan 2018-2020 las cuales se asocian a complicaciones obstétricas.

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>SHTG</i>	<i>HPP</i>	<i>APP</i>	<i>Parto pretérmino</i>	<i>RPM</i>	<i>IVU severa</i>	<i>Diabetes D</i>	<i>RDPBF</i>	<i>Retención placentaria.</i>
Peso al nacer de productos previos										
Normopeso	29	7	3	3	2	2	3	4	3	2
Bajo peso	8	2	2	3	1	-	-	-	-	-
Sobrepeso	6	2	4	-	-	-	-	-	-	-
No aplica	15	5	2	1	2	3	2	-	-	-
IMC materno										
Normopeso	18	6	3	5	3	1	-	-	-	-
Bajo peso	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-
Desnutrición	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Sobrepeso	24	4	5	1	-	1	4	4	3	2
Obesidad	13	6	3	-	-	3	1	-	-	-
Corticoides antenatales										
Si	26	7	5	4	4	2	3	1	-	-
No	32	9	6	3	1	3	2	3	3	2
Edad gestacional										
Antes de las 37	12	-	-	7	5	-	-	-	-	-
37-40	41	12	10	-	-	5	5	4	3	2
40 a+	5	4	1	-	-	-	-	-	-	-
Patología del embarazo actual										
IVU	33	7*	6*	-	-	3	-	-	-	2
PAP alterado	15	5*	5	4	-	2	1	-	-	-
Anemia	14	-	-	3	2	-	3	-	2	-
Glicemia alterada	11	4*	-	-	3	-	--	4	-	-
Enfermedad de chagas	1	-	-	-	-	-	-	---	1	-
VIH	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-

*Nota: hubo pacientes con más de una patología durante embarazo actual. **

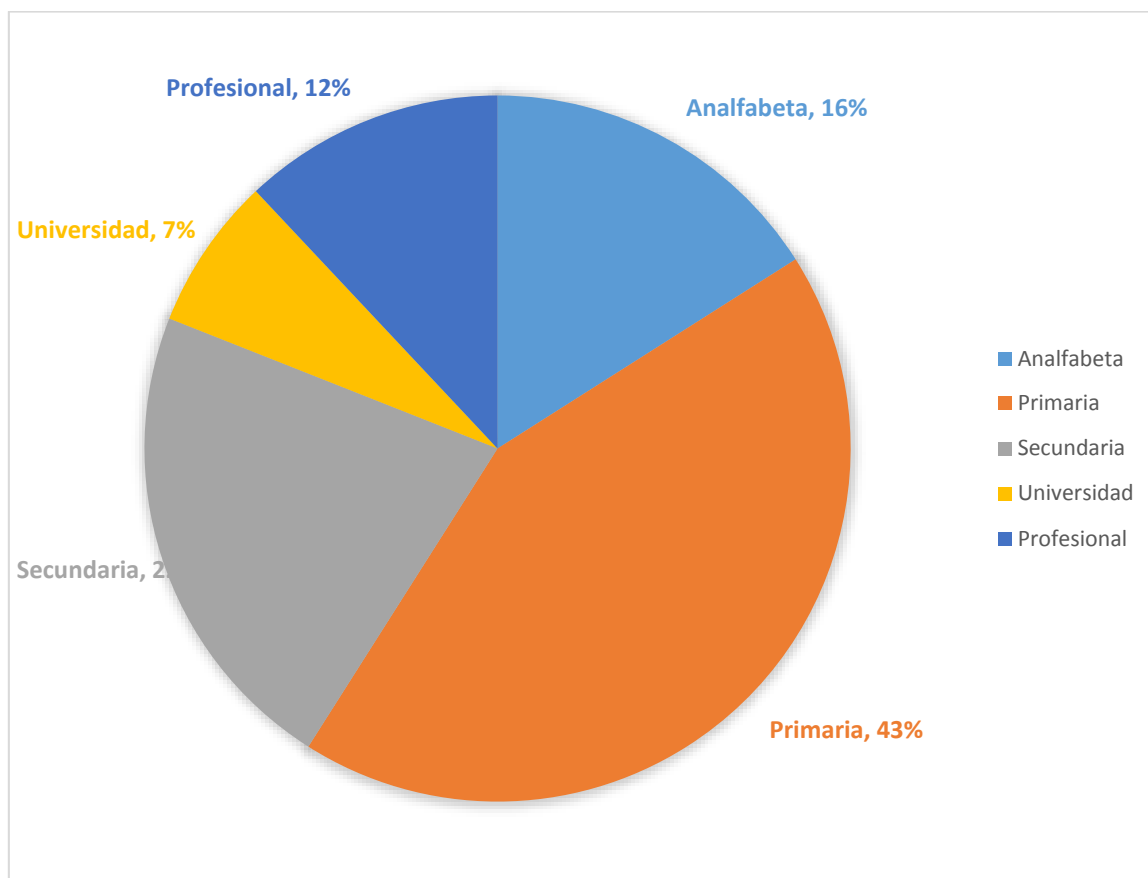
Fuente: Expedientes clínicos.

--Grafica1. Edades de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica.



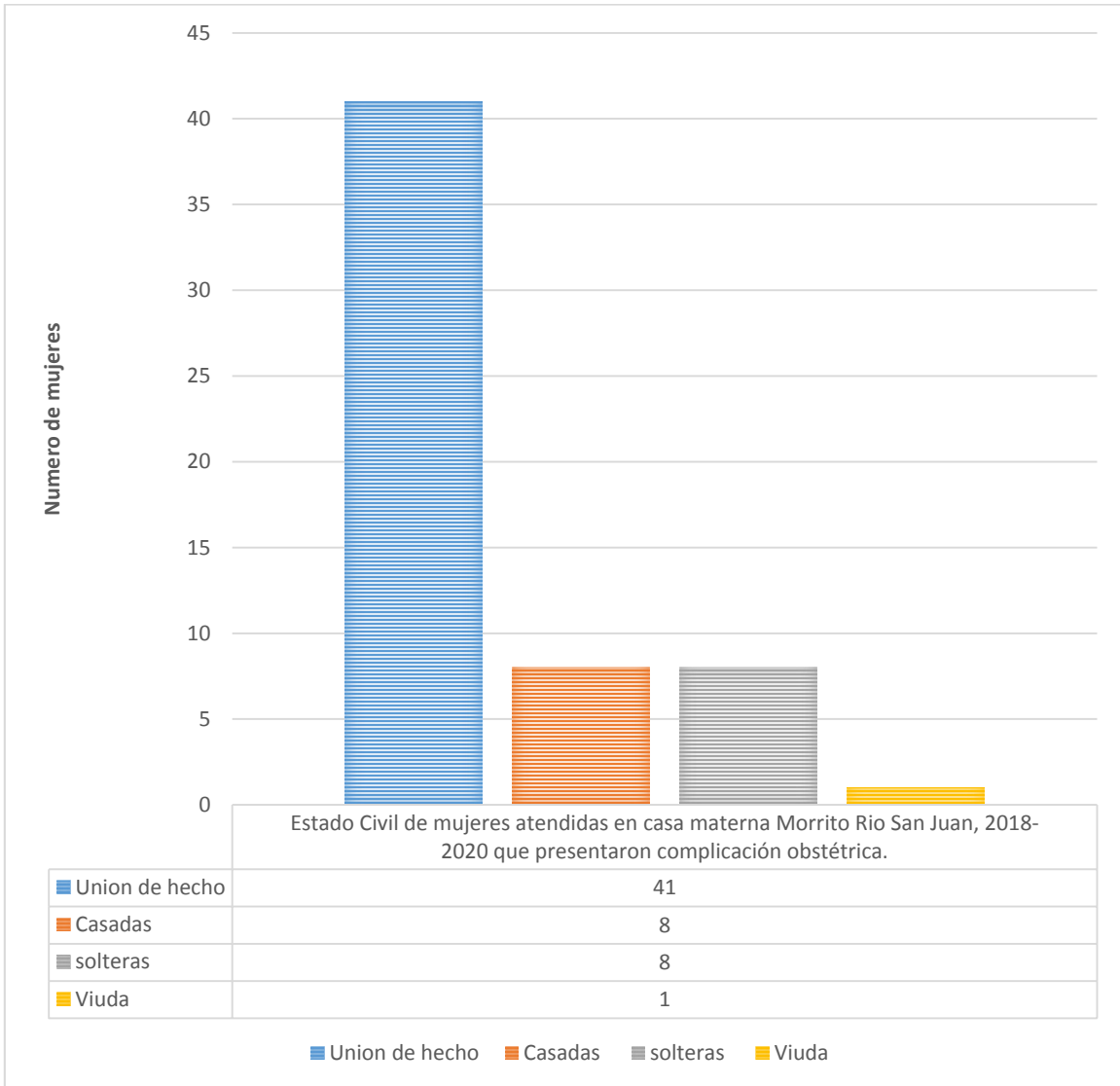
Fuente Tabla1.

--Grafica 2. Escolaridad de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica.



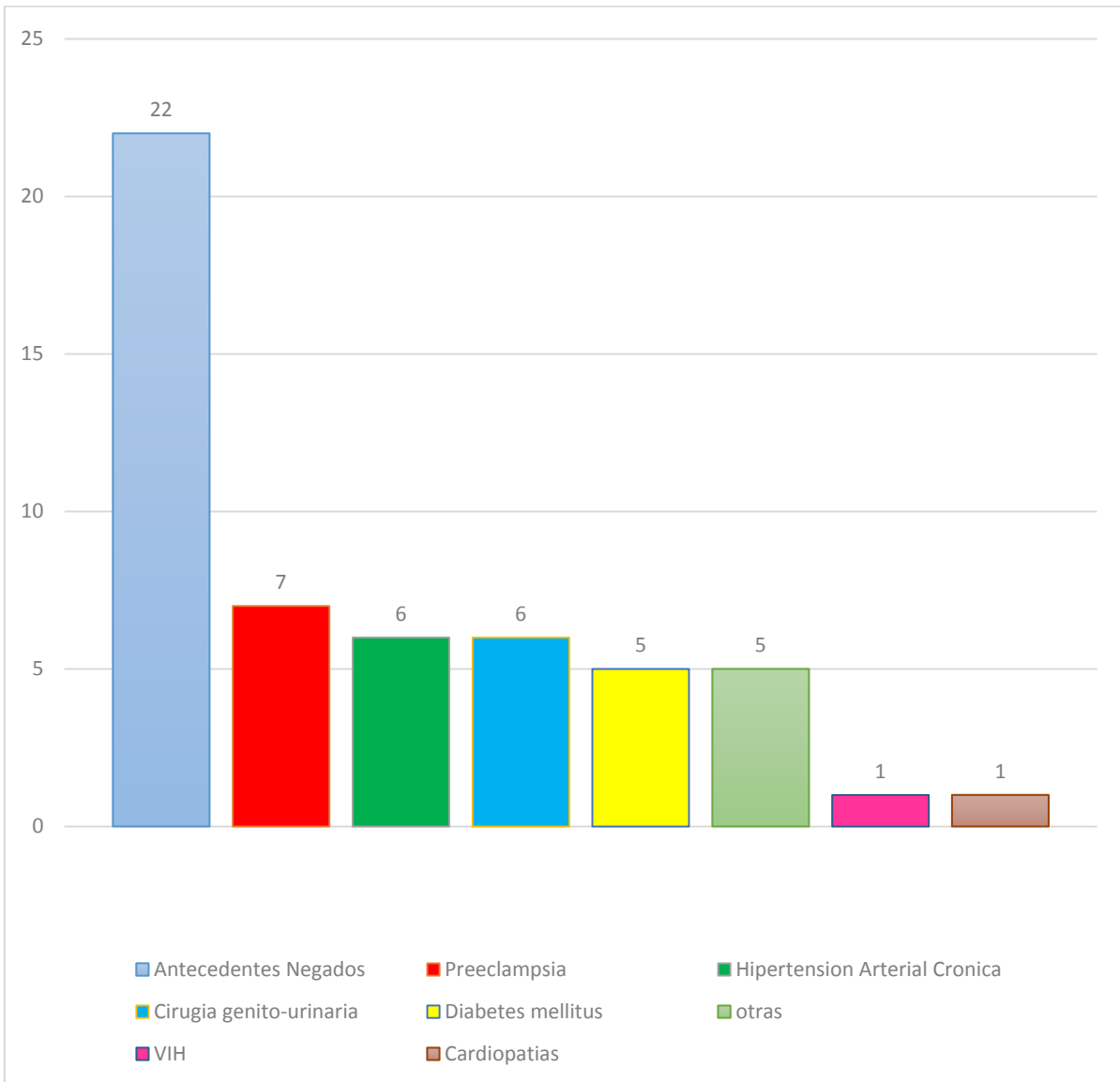
--Fuente: tabla 2

--Grafica 3: Estado Civil de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica.



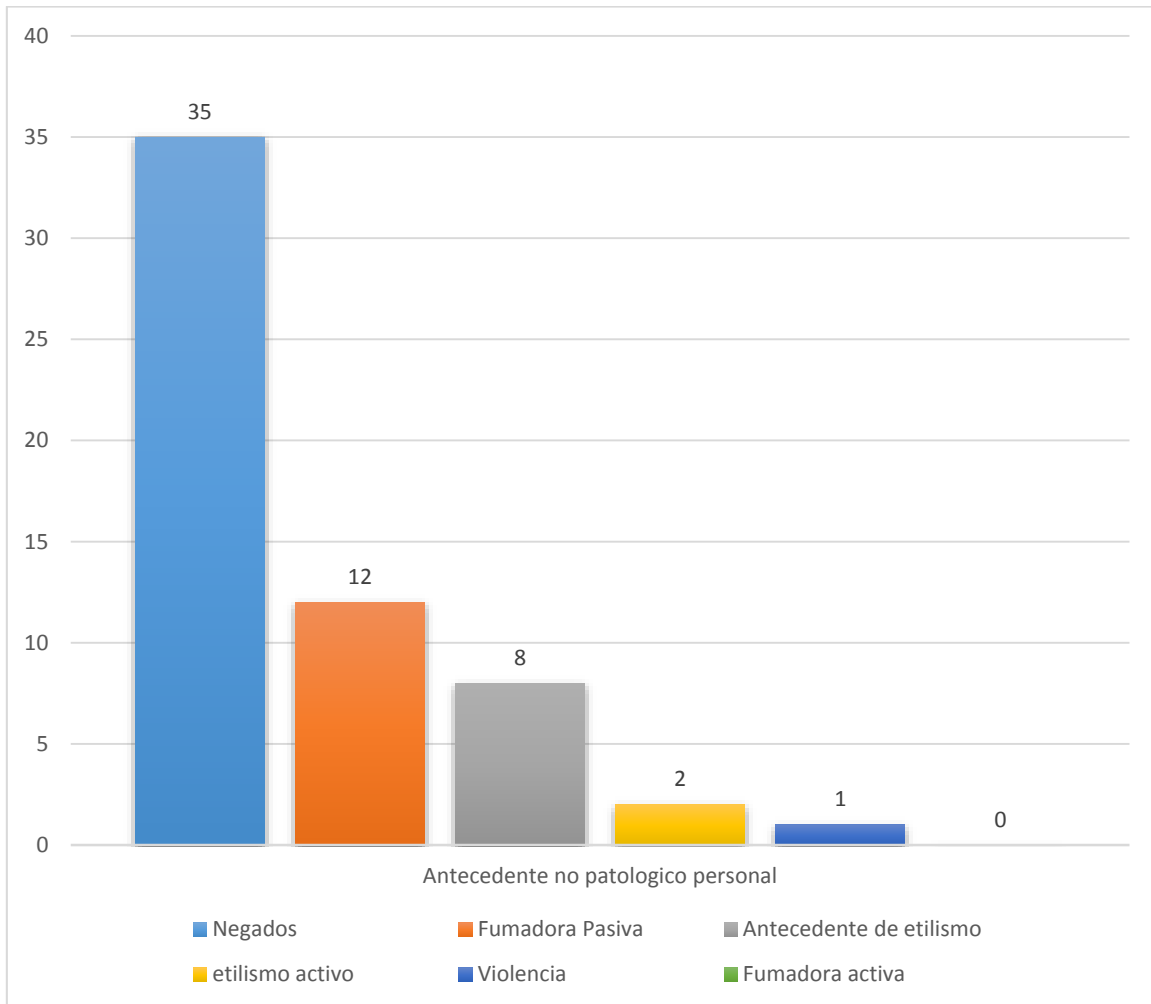
Fuente: Tabla 2

--Gráfico 4: Antecedentes patológicos personales de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica



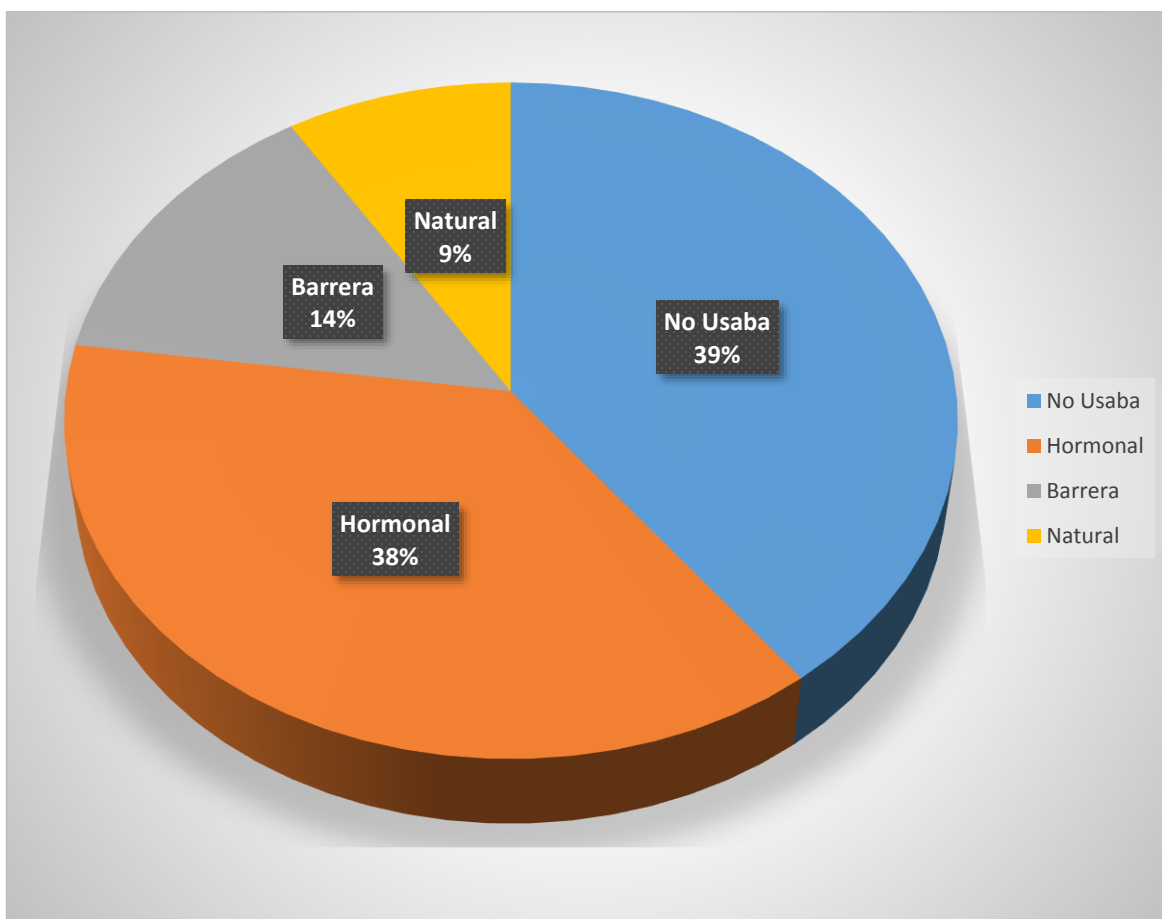
Fuente: Tabla 3

--Gráfico 5: Antecedentes personales no patológicos de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica.



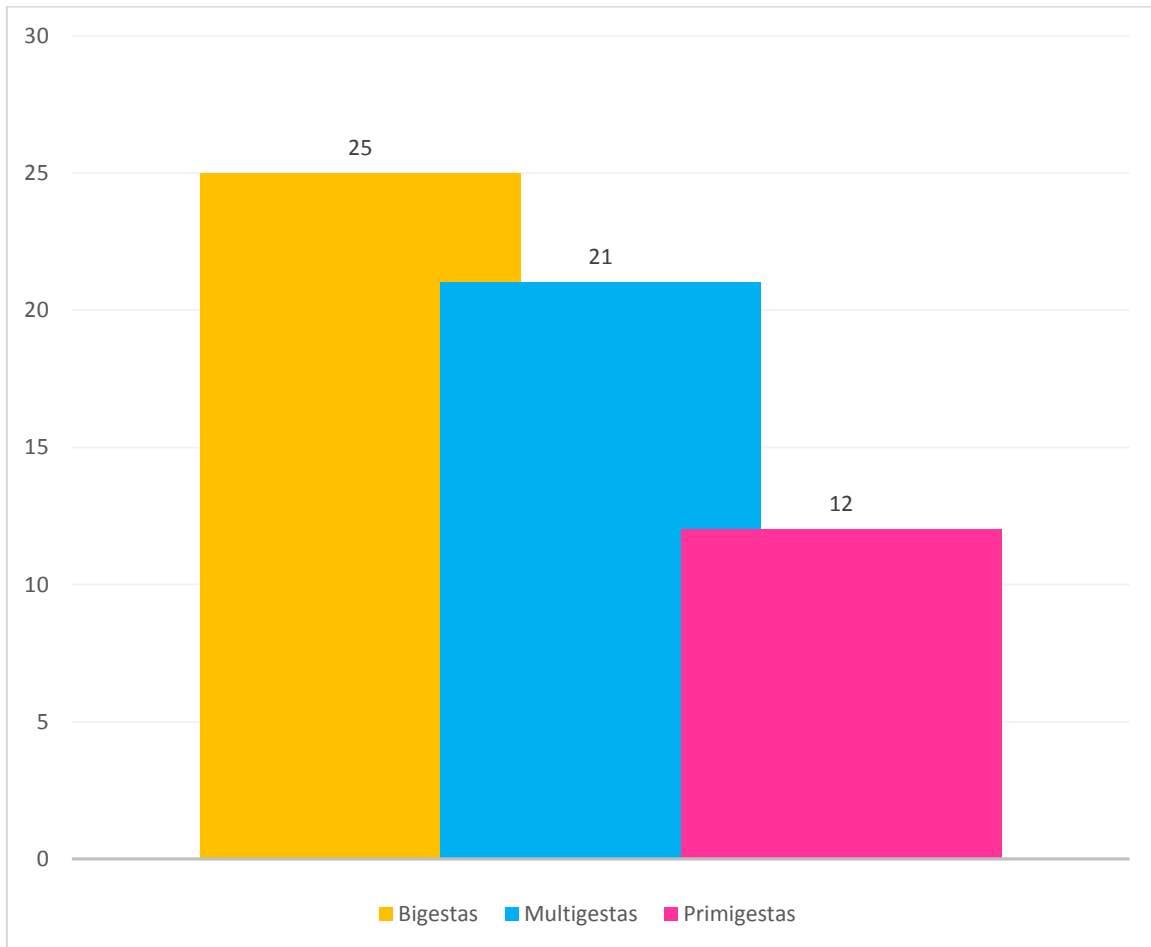
Fuente: Tabla 3

--Gráfico 6: Planificación Familiar de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica.



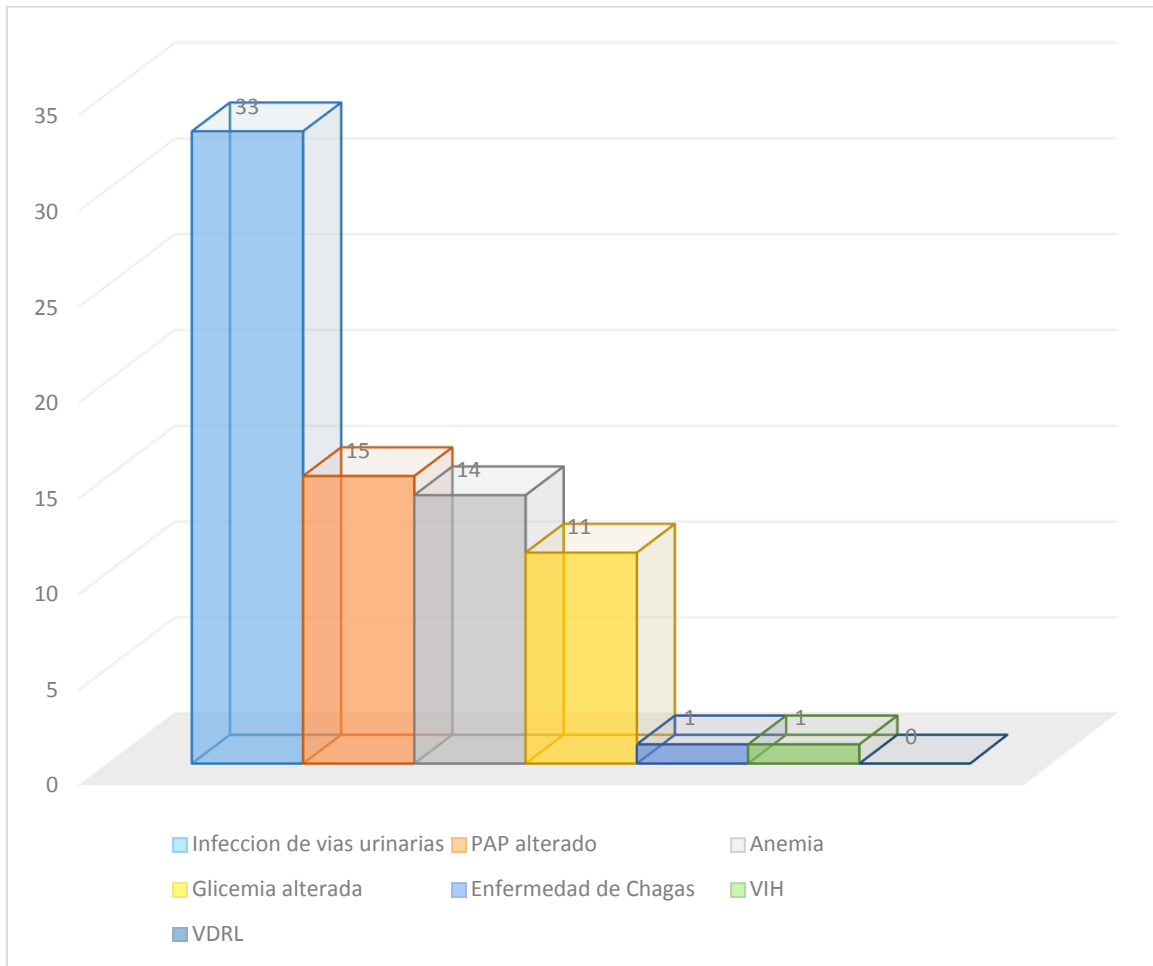
Fuente: Tabla 4

--Gráfico 7: Paridad de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica.



Fuente: Tabla 5A

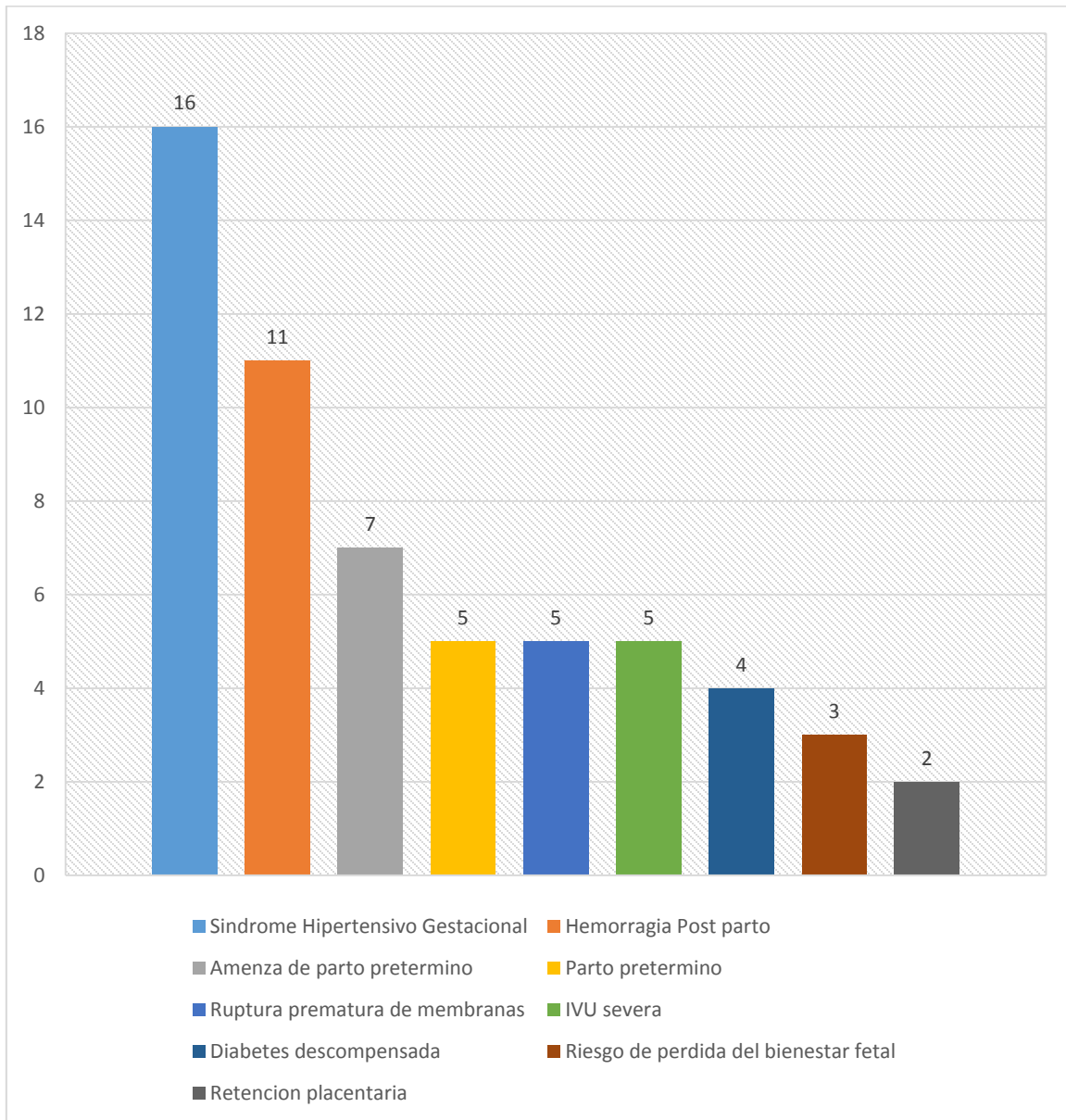
-- Gráfico 8: Patología del embarazo actual de la complicación obstétrica de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio San Juan, 2018-2020 que presentaron complicación obstétrica



Fuente: Tabla 5B

-- Gráfico 9: Complicaciones obstétricas de mujeres atendidas en casa materna Morrito Rio

San Juan, 2018-2020.



Fuente: Tabla 6