

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**



**Monografía para optar al título de médico y cirujano**

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO Y  
PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE DURANTE  
ENERO A JUNIO DEL 2014.**

**Autoras:**

**Br. Maryell Urroz López**

**Br. Kenia Algaba García**

**Tutora: Dra. Alicia Rivas**

**Managua 2014**

**Dedicatoria:**

A Dios Omnipotente, por la vida que nos ha concedido, por la experiencia que hemos acumulado, por el cuidado permanente en el proceso de nuestros estudios hasta llegar a la culminación de nuestros objetivo.

A nuestros padres, orientadores incansables con el esfuerzo, asesores del éxito orientando con su apoyo al estudio, al trabajo y a la honestidad.

A nuestros maestros, guías permanentes en el esfuerzo diario, dosificadores con sus conocimientos, mentores profundos de la sabiduría, intérpretes de nuestras capacidades y tutores de nuestro destino.

HSV: Herpes genital primario simplex virus

MINSA: Ministerio de Salud.

CID: Coagulación Intravascular Diseminada

OMS: Organización Mundial de Salud.

AMMD: Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas.

FNUAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

AOU: Atención obstétrica de urgencia

AOUB: Atención obstétrica de urgencia básica

AOUI: Atención obstétrica de urgencia integral.

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

SILAIS: Sistemas local de atención integral en salud.

## **Agradecimientos**

Agradecemos profundamente a Dios por darnos la vida y fortaleza, por su infinita bondad, por mantener encendida en nosotras la fé, esperanza y deseos de superación profesional y personal.

A nuestros padres quienes nos dieron las vivencias más hermosas que hemos tenido en nuestro existir, por mantener en nosotras la capacidad de superación y constancia en el logro de las metas propuestas.

A nuestros hermanos y demás familiares, por creer en nosotras y apoyarnos en el camino hacia el éxito. Gracias por su amor incondicional, por orientarnos y darnos el apoyo necesario en los momentos difíciles.

A nuestra tutora, Dra. Alicia Rivas Miranda y David Cruz por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

Les entregamos este logro, por haber estado allí en los momentos difíciles.

## **Opinión de la tutora**

El embarazo debe de ser un estado de plena felicidad y satisfacción, de generar una nueva vida, el desarrollo, hasta el momento del parto no debería ser causa de angustia y preocupación para la madre y sus familiares. Sin embargo, enfrentamos un problema de salud pública relevante al presentarse un sinnúmero de complicaciones durante el embarazo y el puerperio.

En Nicaragua, al igual que en muchos de los países como el nuestro, uno de los principales retos en el sector salud, es la reducción de la morbi mortalidad materna, por tal razón se han diseñado estrategia para mejorar el abordaje de las complicaciones que se nos presentan a diario en nuestras unidades de salud.

Las estrategias comunitarias, como las casas maternas a nivel nacional, la captación temprana de la embarazada mediante el censo gerencial, la consejería y una adecuada atención prenatal son parte de las acciones que se realizan a nivel comunitario, sin embargo, es necesario tener información, a través de la investigación científica que permitan visibilizar y analizar con más detalle los factores que están afectando la evolución normal y satisfactoria del embarazo, en otras palabras, es relevante el estudio de complicaciones obstétricas para poder argumentar mejores estrategias de prevención, de tal forma que podamos garantizar una mejor calidad de vida a toda la población.

Felicito a las investigadoras por la realización de este excelente estudio, relevante y actual para nuestra población, ha sido un gran esfuerzo. Quisiera a la vez motivarlas a que continúen estos procesos que son de gran necesidad en países como el nuestro, pues mediante este proceso aportamos información y avanzamos por el camino del conocimiento científico.

*Dra. Alicia Rivas Miranda*

## **Resumen**

El presente trabajo se realizó con el objetivo de describir las complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante enero a junio del 2014, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal retrospectivo con universo que comprendió el total de pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe que presentaron complicaciones obstétricas.

Se evaluó un total de 258 pacientes de las cuales 60% son entre 20-34 años de edad, de procedencia urbana, casadas, lo cual no coincidía con los datos estadísticos del país que reportan la mayoría de las complicaciones obstétricas se presentaban en madres adolescentes de baja escolaridad y procedencia rural, 59,70% de las pacientes eran primigestas con intervalo intergenésico menor de 24 meses y controles prenatales completos, 82,20% con embarazos entre las 39-42 SG en un 50% por FUR, 79.10% de las pacientes fue parto espontáneo, 85.7% tuvo una presentación cefálica, como principal complicación se observó que en 51.6% de las pacientes en estudio fue RPM seguido en un 36% por SHG ambas causas se encuentran entre las ocho primeras causas de muerte materna establecidas por la OMS, de estas un 72.5% de las paciente fue dado manejo médico con menos de cinco día de estancia intrahospitalarias en el 82.6% de las mismas.

Por medio del presente estudio se permitió detallar el comportamiento de las complicaciones obstétricas para así poner en práctica medidas que influyan en la disminución de complicaciones obstétricas en la población estudiada.

## **Acrónimos**

ACOG: Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia

CIE 10: clasificación internacional de enfermedades

DCP: desproporción céfalo pélvica

DPPNI: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta

FCF: frecuencia cardiaca fetal

FUR: fecha de la última menstruación

HELLP: hemolisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas

HPP: hemorragia post-parto

ITS: infección de transmisión sexual

SHG: síndrome hipertensivo gestacional

MATEP: manejo activo del tercer período del parto

PVDC: parto vaginal después de una cesárea

RCIU: retardo del crecimiento intrauterino

RPM: ruptura prematura de membranas

RPMP: Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo Pre término

RAAN Región Autónoma Atlántico Norte

RAAS Región Autónoma Atlántico Sur

CPN: Controles prenatales

IVU: Infecciones de Vías Urinarias.

VIH: Virus de inmunodeficiencia Humana.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

DPPNI: Desprendimiento Prematuro de placenta normoincerta.

## Contenido

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<i>Objetivo general</i>	7
<i>Objetivos específicos</i>	7
<b>VI. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
<b>VII. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>27</b>
1. <i>Tipo de estudio</i>	27
2. <i>Área y período de estudio</i>	27
3. <i>Población de estudio</i>	27
4. <i>Criterios de inclusión:</i>	27
5. <i>Criterios de exclusión:</i>	27
6. <i>Tipo de muestreo:</i>	27
7. <i>Unidad de análisis</i>	27
8. <i>Fuentes de información</i>	28
9. <i>Técnicas de recolección de la información:</i>	28
10. <i>Variables del estudio:</i>	28
11. <i>Operacionalización de variables</i>	30
12. <i>Plan de análisis</i>	33
13. <i>Control de sesgos</i>	33
14. <i>Aspectos éticos</i>	33
<b>VIII. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>IX. DISCUSION</b>	<b>36</b>
<b>X. CONCLUSIONES</b>	<b>38</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES</b>	<b>39</b>
<b>XII. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>40</b>
<b>XIII. ANEXOS</b>	<b>43</b>



## I. INTRODUCCIÓN

Anualmente en el mundo medio millón de muerte maternas se deben a complicaciones del embarazo y el parto, y más de 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo.<sup>1</sup> La razón de mortalidad materna (/1,000 nacidos vivos) muestra mayor diferencia entre países desarrollados y en desarrollo, variando de más de 1,000 en algunos países africanos, a casi 500 en muchos países de Asia, entre 200-400 en varios países de América del Sur y menos de 10 en algunos países europeos.<sup>2</sup> En la región de las Américas, la mayoría de muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo.<sup>3</sup> En África Oriental el riesgo de muerte materna llega a 1 de cada 11, en contraste con casi 1 en 5000 en Suecia y Noruega, lo que representa una diferencia de casi 500 veces.<sup>1</sup>

Se ha definido siete categorías de complicaciones obstétricas directas abarcan cerca del 85% de las muertes obstétricas.<sup>4</sup> Se estima que el 15% de las mujeres embarazadas sufrirá una complicación.<sup>2</sup> Estas complicaciones pueden ser tratadas con éxito y evitadas en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.<sup>4</sup> Las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino también complicaciones muy graves como “morbilidad materna severa”, secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente y muertes perinatales.

Se estima que en la región de las Américas ocurren 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna registrada, de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes. Las muertes maternas y las complicaciones obstétricas muchas veces se asocian también a muertes perinatales.<sup>5</sup> Además, la mayoría de las muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico.

## II. ANTECEDENTES

En Nicaragua, durante el período de 2000-2011 se registraron 1,169 muertes maternas, concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua (9,7%). La mayoría de las muertes obstétricas en este mismo período (62,9%), ocurrieron en mujeres entre las edades de 20 a 34 años y un 17,5% ocurren en las edades de mayores a los 35 años; mientras que 18% se presentaron en adolescentes entre 15 a 19 años. Las principales causas de muerte obstétricas directas en el período descrito fueron debidas a: 482 Hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), 254 Síndrome Hipertensivo Gestacional (Preclampsia/Eclampsia) y 124 Sepsis Puerperales. Las principales causas de muerte perinatal en Nicaragua están relacionadas a condicionantes de hipoxia y asfixia al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, e infecciones, dichas causas son vinculantes a la calidad de las Atenciones prenatales brindadas, así como al proceso de una adecuada vigilancia del trabajo de parto y la atención misma del parto.<sup>5</sup>

En el 2004 se realizó un estudio de casos y controles (30 casos y 278 controles) Hospital Nuevo Amanecer de Puerto Cabezas y la tasa de cesáreas fue de 17.7% y las principales indicaciones fueron sufrimiento fetal agudo, toxemia, cesáreas anteriores, distocias de presentación y ruptura prematura de membranas. El índice de complicaciones fue de 12.3% y las principales complicaciones fueron hemorragias, adherencias y depresión del recién nacido. Las cesáreas anteriores fueron el único factor de riesgo de las complicaciones tardías y la cesárea de urgencia fue un factor de riesgo fetal.<sup>6</sup>

Entre el 2006-2008 se realizó un estudio de casos y controles (201 casos y 310 controles) en HEODRA. Los factores de riesgo crudo de las complicaciones trans y post- cesárea fueron los antecedentes patológicos personales, menos de 3 CPN, peso materno y periodo inter genésico inadecuado y cirugía de urgencia. Las complicaciones trans-cesárea fueron 3 casos de hemorragia y 2 de prolongación de la herida. Entre las complicaciones postcesárea predominaron: infección de vías urinarias, sepsis de herida, dehiscencia de herida, anemia, endometritis restos ovulares y una muerte materna.<sup>7</sup>

En el HEODRA se realizó un estudio de corte transversal en el 2007 (n=473 embarazadas). La complicación obstétrica más significativa fue la rotura prematura de membranas en adolescentes y la hipertensión gestacional que ocurrió con mayor frecuencia en las adultas, pero la edad no constituyó un factor de riesgo de complicaciones obstétricas.<sup>8</sup>

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

Tinoco y Tórrez estudiaron las complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a junio del 2012. Encontraron que más de la mitad eran adolescentes, urbanas, con baja escolaridad y estado civil casada o acompañada. Además, un número considerable tenía sepsis urinaria y consumía café. El 60.8% tenía un periodo inter genésico corto y la mayoría de pacientes eran nulípara, con menos de 4 CPN y embarazo a término. El porcentaje de aborto y cesárea previo fue de 9.5% y 4.2%, respectivamente. El 7% de los partos fue inducido. El índice de cesárea fue de 29.5% y las principales indicaciones fueron síndrome hipertensivo gestacional, inducción fallida y distocia de presentación. Las principales complicaciones obstétricas reportadas fueron: síndrome hipertensivo gestacional, amenaza de parto pretérmino y hemorragia posparto, respectivamente. No hubo muertes maternas.<sup>10</sup>

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de defunciones maternas y se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15% sufrirá una complicación.<sup>1</sup> La prevención de las principales causas de morbilidad materna como la toxemia, la hemorragia y la infección, y la morbilidad fetal, puede ser prevenidas o disminuidas en su incidencia, solamente puede ser posible si se tiene conocimiento sobre las causas contribuyentes relacionadas a las características maternas, de la atención prenatal y del parto. Esto es relevante porque los Objetivos de Desarrollo del Milenio son reducir la mortalidad materna y de la niñez.<sup>11,12</sup>

La falta de dicho conocimiento motivó la realización de este estudio sobre complicaciones, ya que así podremos identificar las causas de la morbilidad tanto materna como fetal para poner en práctica estrategias que reducirán estos índices negativos de una manera importante a través de recomendaciones que den respuesta a esta problemática.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el comportamiento de las complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante enero a junio del 2014?

## V. OBJETIVOS

### *Objetivo general*

Describir las complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante enero a junio del 2014.

### *Objetivos específicos*

1. Describir las características generales y gineco-obstétricas de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato.
2. Identificar el manejo de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato.
3. Conocer la evolución de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato.

## VI. MARCO TEÓRICO

### **Causas médicas de mortalidad materna en países en desarrollo<sup>13</sup>**

Las condiciones médicas que llevan a una muerte materna son clasificadas como causas directas e indirectas, las directas representa casi el 80% y las indirectas el 20%. Las estimaciones de esta distribución parecen estar cambiando, con un aumento de muertes por causas indirectas. Esto puede deberse en parte a un mejor registro de muertes indirectas y a un cambio en las tendencias epidemiológicas. Entre las causas directas, la hemorragia grave es la causa más frecuente, lo que representa aproximadamente el 25% del total de muertes, seguido por la infección (15%), el aborto inseguro (13%), eclampsia (12%), trabajo de parto obstruido con o sin rotura del útero (8%) y otras causas directas (8%). Las causas indirectas que parecen explicar una proporción creciente de las muertes maternas son la anemia, las enfermedades cardiovasculares, la malaria, la tuberculosis, la hepatitis y otras infecciones. En algunas zonas, las condiciones relacionadas con el VIH/SIDA están aumentando como una causa indirecta importante. En la tabla 1 se presentan definiciones operativas de las principales complicaciones obstétricas directas.

### **Hemorragias graves**

La hemorragia es la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. En los países del África subsahariana, donde los datos de más de un estudio están disponibles, la proporción de las muertes maternas por hemorragia posparto oscila entre 10% a 37%. La hemorragia posparto puede ser rápidamente fatal a menos que el tratamiento sea instituido sin demora, y las tasas de mortalidad se incrementan en zonas donde la anemia en el embarazo es muy alta. Las causas más frecuentes de hemorragia posparto son retención de placenta y atonía uterina. Las lesiones del tracto genital que ocurren durante el parto pueden exacerbar la hemorragia, pero no dan lugar a la muerte si no están presentes otras causas de sangrado. La hemorragia prenatal es menos común como causa de muerte materna, pero la incidencia es difícil de evaluar, especialmente en los países en desarrollo. Las causas más comunes son el desprendimiento de placenta o placenta previa. Mientras que la hemorragia posparto puede ser fatal muy rápidamente (intervalo promedio desde el inicio hasta muerte: 2 horas), hemorragia antes del parto es menos agudo (intervalo promedio desde el inicio hasta la muerte: 12 horas).<sup>13</sup>

Tabla 1 Definiciones operativas de las principales complicaciones obstétricas directas.<sup>14</sup>

<b>Hemorragia</b>
<i>Anteparto</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado severo antes y durante el parto: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta.</li> </ul>
<i>Postparto (cualquiera de los siguientes)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado que requiere tratamiento (por ejemplo, suministro de fluidos intravenosos, fármacos uterotónicos o sangre).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retención de placenta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado severo de laceraciones (vaginales o cervicales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado vaginal superior a 500 ml después del parto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de una toalla empapada en sangre en 5 minutos.</li> </ul>
<b>Parto prolongado u obstruido (distocia, anormal laboral) (cualquiera de los siguientes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa prolongada de la primera etapa del trabajo de parto (&gt; 12 h)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa prolongada de la segunda etapa del trabajo de parto (&gt; 1 h)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desproporción céfalo-pélvica, incluyendo el útero con cicatrices</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala presentación: frente transversal o presentación de cara</li> </ul>
<b>Sepsis puerperal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una temperatura de 38 ° C o superior a más de 24 horas después del parto (con al menos dos lecturas, dado que el trabajo de parto puede causar algo de fiebre) y cualquiera de los siguientes signos y síntomas: dolor abdominal inferior, purulenta, descarga ofensiva vaginal (loquios), sensibilidad en el útero, útero no bien contraído, la historia de sangrado vaginal fuerte (Descartar malaria).</li> </ul>
<b>Complicaciones del aborto (espontáneo o inducido)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia debida al aborto que requiere resucitación con líquidos intravenosos, transfusión de sangre o uterotónicos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepsis por aborto (incluyendo perforación y absceso pélvico)</li> </ul>
<b>Preeclampsia grave y eclampsia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La preeclampsia grave: presión arterial diastólica <math>\geq 110</math> mm Hg o proteinuria <math>\geq 3</math> después de 20 semanas de gestación.</li> </ul>



Varios signos y síntomas: dolor de cabeza, visión borrosa, hyperflexia, oliguria, dolor epigástrico, edema pulmonar.
• Eclampsia
• Convulsiones, presión arterial diastólica $\geq 90$ mm Hg después de 20 semanas de gestación o proteinuria $\geq 2$ . Los signos y síntomas de la preeclampsia grave pueden estar presentes.
<b>El embarazo ectópico</b>
• Hemorragia interna de un embarazo fuera del útero, dolor abdominal y shock posible de hemorragia interna; menstruaciones retrasadas o la prueba de embarazo positiva
<b>Ruptura del útero</b>
• La rotura uterina con antecedentes de trabajo de parto prolongado u obstruido cuando de pronto las contracciones uterinas detuvo. Abdomen dolorosa (dolor puede disminuir después de la rotura de útero). El paciente puede estar en shock interno de o sangrado vaginal

### **Infección**

La sepsis puerperal sigue siendo una condición común. Conforme los informes de los estudios de África subsahariana donde hay datos disponibles, representa desde el 7.6% (datos de dos estudios realizados en Ghana) a 32.7% (datos de tres estudios en los Costa de Marfil) de las muertes maternas totales. Los factores predisponentes incluyen la cesárea y otros partos quirúrgicos, exámenes vaginales frecuentes, infecciones de transmisión sexual concurrentes, prolongada ruptura de las membranas, retención de productos de la concepción y hemorragia posparto.<sup>13</sup>

### **Pre-eclampsia y eclampsia**

La preeclampsia se define como el desarrollo de hipertensión durante la gestación y proteinuria significativa después de 20 semanas de gestación, durante el parto o en las 48 horas después. La eclampsia comprende convulsiones que complican la hipertensión inducida por el embarazo antes del parto, durante el parto o después del parto, en ausencia de otras explicaciones neurológicas de las convulsiones. A nivel mundial, se estima que el 12% de todas las muertes maternas están relacionadas a estos trastornos hipertensivos del embarazo. En África subsahariana esta proporción varía del 3% en Uganda y el 23% en Mozambique.<sup>13</sup>

## **Parto obstruido**

Puede ser causado por desproporción céfalo pélvica, parto transverso profundo, presentaciones anormales y en los casos más raros, anomalías fetales, gemelos y tumores pélvicos. En algunas partes del mundo donde la desnutrición, las enfermedades y el matrimonio precoz son comunes, el trabajo de parto obstruido se debe principalmente a desproporción céfalo pélvica, y las mujeres de baja estatura y muy jóvenes están en mayor riesgo. En países de África subsahariana donde hay datos disponibles, la proporción de muertes maternas que es causada por la obstrucción del parto y / o ruptura del útero varía de 7.0% en África del Sur a 35.1% en Nigeria. La complicación más grave de obstrucción y el trabajo de parto prolongado son las fístulas vesicovaginal o recto vaginal. Se ha estimado que entre el 1.5 y 2 millones de mujeres en el África subsahariana viven con tales fístulas y entre 50,000 y 100,000 nuevos casos de fístulas se desarrollan cada año con grave sufrimiento físico y psicológico como consecuencia.<sup>13</sup>

## **Prevención a través de mejoras el sistema de salud<sup>13, 15</sup>**

Reducción del número de muertes maternas en relación con el embarazo y el parto puede ser logrado a través del mejoramiento de la atención de urgencia y la reducción en la demora en la búsqueda de atención, a través de la mejora de la atención prenatal, y a través de la promoción de la salud en general y las actividades de prevención de enfermedades. Las causas de la muerte materna se han clasificado en tres fases de retardo:

- 1) Fase 1, el fallo de un paciente en buscar atención médica apropiado a tiempo;
- 2) Fase 2, demora en llegar a un centro de atención sanitaria adecuada;
- 3) Fase 3, demora en recibir atención médica adecuada en el centro de salud, incluido retraso en la referencia.

## **Enfoques en la reducción de la mortalidad materna<sup>16</sup>**

### **Enfoque de riesgo:**

Bajo la premisa de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas, durante muchos años, los programas de reducción de la mortalidad materna se centraron en dos componentes principales: la atención prenatal y la capacitación de las parteras tradicionales y miembros de la comunidad para reconocer las complicaciones que se produjeran durante el parto. El propósito de esos programas era que las mujeres que padecieran complicaciones potencialmente mortales fueran transferidas oportunamente a un nivel más elevado de atención. Las deficiencias de este enfoque son:

- Se pasaba por alto la disponibilidad de atención a niveles más elevados del sistema. Los países con tasas elevadas de mortalidad materna casi siempre carecen de instalaciones y servicios de atención obstétrica de urgencia.
- Las parteras tradicionales, aunque hayan recibido capacitación, no tienen conocimientos para reconocer complicaciones porque, en general, son relativamente pocos los partos complicados que atienden durante su “carrera” y pueden carecer de autoridad para convencer a la familia de transferir a una parturienta a un hospital. <sup>16</sup>

### **La atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica:**

El 50% de las complicaciones obstétricas no puedan prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma.

- **Atención del parto por personal calificado:** La mayoría de las complicaciones obstétricas se producen durante el trabajo de parto y el propio parto. Es necesario que el personal sanitario calificado reconozca rápidamente las complicaciones que amenazan la vida e intervenga a tiempo para salvar la vida de la madre. El término “personal de salud calificado” se refiere exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras), con formación en las técnicas necesarias para atender partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas remitir a las pacientes a servicios de mayor capacidad. <sup>16</sup>
- **Atención obstétrica de urgencia (AOU):** abarca varias funciones fundamentales para salvar las vidas realizadas idealmente en un centro de atención médica, cuando está comenzando las complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es una respuesta médica a una situación potencialmente mortal y no es la normal para todos los partos. Esas funciones se dividen en 2 categorías: 1) la AOU básica (AOU-B) que puede prestarse en un centro de salud, por una enfermera, una comadrona o un médico, y 2) la AOU integral (AOU-I), que por lo general requiere las instalaciones de un hospital de distrito con sala de operaciones. <sup>16</sup>

El enfoque basado en la atención oportuna y con calidad de las urgencias obstétricas, funciona basándose en la suposición de que todas las mujeres embarazadas corren riesgo de sufrir complicaciones graves y, por consiguiente, centra la atención en mejorar el acceso, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de urgencia. El programa prioriza la preparación y la disponibilidad de establecimientos básicos e integrales de AOU, o reduce la "tercera demora" del

"modelo de 3 demoras". Este enfoque es aplicado por el Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD) en asociación con organizaciones que ya realizan actividades sobre el terreno: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM), CARE, Save the Children, Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (RHR).<sup>16</sup>

### **Razones para priorizar las complicaciones obstétricas**

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de defunciones maternas y se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15% sufrirá una complicación. Estas complicaciones ocurren en su mayor parte de forma súbita, sin que se pueda prevenir ni predecir, por lo que se preconiza la existencia de servicios de atención obstétrica de urgencia para salvar la vida de las mujeres. Se estima que el tiempo promedio para que se produzca la muerte es de dos y doce horas respectivamente para la hemorragia post-parto y pre-parto, de dos días para la eclampsia, y de dos y seis días respectivamente para el parto obstruido (distocia) y la infección. Se ha definido siete categorías de complicaciones obstétricas directas de muerte materna, que abarcan cerca del 85% de las muertes obstétricas directas, las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.<sup>3</sup>

Tabla 2 Principales complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio.

Complicaciones	Etiología
Trabajo de parto obstruido o detenido	Desproporción céfalo pélvica. Hipodinamia. Fase expulsiva prolongada
Hemorragia post parto	Atonía uterina Retención de placenta Acretismo placentario Desgarros de cérvix, vagina y periné Inversión uterina
Sepsis	Endometritis Endomiometritis Absceso pélvico Septicemia

## **Parto Obstruido o Detenido**<sup>5</sup>

El parto no es siempre un evento normal, los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico dando lugar a un parto obstruido o detenido ya sea por alteraciones en la dinámica uterina o en la proporción entre el polo fetal y la pelvis materna. Tiene una frecuencia de 0.33 al 1.5 % de los partos. Entre las principales causas que originan esta complicación se encuentran: la desproporción céfalo pélvica provocada por incompatibilidad entre el polo 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, por situación anormal del feto o por alteración en la dinámica de la contracción uterina o por tumores previos.

La atención oportuna de estas alteraciones va a conducirnos a tomar decisiones para corregir las anomalías antes de tener resultados desfavorables: para la madre trabajo de parto prolongado que dejen lesiones en el canal del parto o hemorragias masivas que pueden llevar a la muerte materna, para el feto sufrimiento fetal agudo y muerte fetal.

### **Definición**

Trabajo de parto obstruido o detenido es cuando la embarazada después de estar en trabajo de parto efectivo que ha provocado modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación, tiene como resultado el progreso insatisfactorio o no-progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación), ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica) o por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas).

### **Etiología:**

- Desproporción cefalopélvica (incompatibilidad feto-pélvica).
- Presentación viciosa. Ej. Cara-frente.
- Situación y presentación fetal anómala (transversa, pélvica).
- Ayuno prolongado.
- Distocias de partes blandas (Tumores anexiales).
- Distocias cervicales.

- Distocias de contracción (Hipodinamia).

### **Factores de riesgo**

- Edades extremas (< de 20 años o > de 35 años).
- Obesas o desnutridas.
- Talla baja (< 1.50 mts.).
- Abdomen péndulo.
- Multiparidad.
- Intervalo intergenésico prolongado.
- Antecedentes de cesárea previa.
- Cirugías vaginales.
- Atención no calificada del parto.
- Inducto conducción fallida (Iatrogenia)
- Embarazo múltiple.
- Parto domiciliario.
- Anormalidades de la pelvis.
- Macrosomía fetal.

### **Complicaciones**

Si se encuentra en franco trabajo de parto y no se establece el DIAGNÓSTICO de trabajo de parto detenido u obstruido y no se indica interrupción del embarazo, puede presentar las siguientes complicaciones:

#### **1. Maternas**

- Deshidratación y agotamiento.
- Hemorragia: desgarros cervicales, ruptura uterina, lesión de partes blandas.
- Muerte materna por hemorragia.

#### **2. Perinatales**

- Sufrimiento fetal.
- Asfixia.
- Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas.
- Muerte perinatal.

## **Secuelas:**

### **1. Maternas**

- Alteraciones de la estática pélvica genital.
- Infertilidad.

### **2. Perinatales**

- Las de la asfixia: Retardo del desarrollo psicomotor, hasta parálisis cerebral.
- Secuelas físicas: Depende del tipo de trauma.

## **Hemorragia postparto<sup>5</sup>**

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año. En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo 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.

La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta complicación son evitables, dado que existen intervenciones médicas efectivas demostradas como son:

- La administración de oxitocina inmediatamente después del parto.
- La extracción manual de la placenta.
- Una intervención quirúrgica.
- Transfusión sanguínea entre otras.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, depende del estado físico de la paciente, de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una hemorragia requiere una intervención activa estará determinado no solo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en su conjunto.

La mayor parte de las muertes maternas ocurren dentro de las cuatro primeras horas posparto y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. Es por eso que la

proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, la identificación y corrección de la anemia en el embarazo, así como el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada.

### **Definición**

- Pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal.
- Pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea.
- Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea.
- Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

### **Etiología:**

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurriendo cuando existe:
  - Sobredistensión uterina.
  - Agotamiento de la musculatura uterina.
  - Infección, Corioamnioitis.
  - Anomalía uterina.
  - Fármacos útero-relajantes.
2. Trauma (20 %):
  - Laceración cervico-vaginal.
  - Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
  - Ruptura uterina
  - Inversión uterina
3. Retención de restos postparto (10 %):
  - Retención de restos (placenta, membranas).
  - Alumbramiento incompleto.
4. Trombina (Alteraciones de la coagulación):
  - Alteraciones de la coagulación preexistentes.
  - Alteración adquirida durante la gestación.



## Clasificación

- **Hemorragia postparto inmediato:** Se produce antes de las 24 horas posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia post parto tardía (o del puerperio propiamente dicho):** Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
- **Hemorragia del puerperio alejado:** Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia del puerperio tardío:** Se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

## Factores de riesgo y etiología

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en **4 T:**

- **TONO** (atonía).
- **TRAUMA** (desgarros y laceraciones).
- **TEJIDO** (retención de restos).
- **TROMBINA** (alteraciones de la coagulación).

Múltiples factores se relacionan a que se presente hemorragia, y con su etiología:

1. Para que se presente alteraciones del tono uterino:

- Polihidramnios.
- Malformaciones fetales.
- Hidrocefalia.
- Parto prolongado o precipitado.
- Multiparidad.
- RPM prolongada.
- Fiebre.
- Miomas uterinos.
- Placenta previa.
- Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

2. Trauma en músculo uterino:

- Parto instrumentado.
- Parto precipitado.

- Episiotomía.
- Malposición fetal.
- Manipulación intrauterina fetal.
- Presentación en plano de Hodge avanzado.
- Cirugía uterina previa.
- Parto Obstruido.
- Placenta fúndica.
- Tracción excesiva del cordón.
- Paridad elevada.

### 3. Tejido:

- Cirugía uterina previa.
- Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio).

### 4. Alteraciones de la coagulación:

- Hemofilia.
- Hipofibrinogenemia.
- Antecedentes familiares de coagulopatías.
- Púrpura Trombocitopénica Idiopática.
- Síndrome de HELLP.
- CID: preeclampsia, muerte intrauterina, infección.
- DPPNI.
- Embolia líquido amniótico.

### **Complicaciones**

- Anemia.
- Shock hipovolémico.
- Endometritis.
- Sepsis.
- Infertilidad.

## **Sepsis puerperal**<sup>5</sup>

Las infecciones gineco-obstétricas se presentan durante la gestación, el puerperio y afectan al aparato genital femenino. Es una de las primeras causas de muerte materna en Nicaragua egresando un promedio de 427 casos anuales entre el año 2007 al 2012, según datos estadísticos del MINSA Central.

La fiebre, el dolor, el sangrado o exudados vaginales con mal olor y el útero que no involuciona, son los signos y síntomas clínicos de las infecciones en el puerperio. Si no se administra tratamiento o es inadecuado, estas infecciones evolucionan desde infecciones localizadas a generalizadas y se propagan por vía hemática o linfática o por contigüidad a órganos vecinos. Las infecciones del embarazo, así como del parto y del puerperio pueden presentar el mismo tipo de complicaciones.

La magnitud y gravedad de la sepsis está en relación directa al estado físico e inmunológico de la mujer, la virulencia de los microorganismos causales y la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos usados. Algunos signos y síntomas pueden estar encubiertos, sobre todo si la mujer estuvo recibiendo antibióticos previamente. La mayoría de los gérmenes son de origen exógeno, por contaminación durante la atención del parto, práctica de procedimientos (múltiples tactos vaginales), uso de instrumental contaminado o por el tiempo que dura la atención del evento obstétrico, por estas razones debe hacerse énfasis en las técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del aborto, parto, cesárea y procedimientos quirúrgicos.

Los cuidados en estos períodos se deben orientar a utilizar técnicas adecuadas de atención, a determinar las mujeres con riesgo de infección, al uso de antibióticos en forma profiláctica y a instaurar terapias antibióticas que abarquen el espectro de gérmenes que provoquen los procesos infecciosos y que estos antibióticos se administren durante el tiempo necesario.

### **Definición**

También conocida como **fiebre puerperal**. Se define como la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de una temperatura superior a 38°C, después de 24 horas del parto, medida durante al menos dos veces, separadas por un intervalo de 6 horas y no mayor de 24 horas. Se acompaña de síntomas locales y/o generales.

Las principales causas de fiebre puerperal son:

1. Endometritis puerperal.
2. Infección herida quirúrgica (incluye celulitis, infección episiotomía).
3. Mastitis puerperal.
4. Pielonefritis aguda (ver protocolo específico).
5. Tromboflebitis pélvica séptica.
6. Otras infecciones sistémicas.

### **Etiología**

La sepsis puerperal es producida por un gran número de gérmenes patógenos potenciales y saprófitos que existen normalmente en la flora vaginal, suelen actuar en forma aislada, aunque por lo general lo hacen asociándose con otros gérmenes. Las infecciones generalmente son polimicrobianas. Los gérmenes más frecuentes son: bacterias genitales aeróbicas, anaeróbicas y de transmisión sexual.

### **Clasificación**

1. **Infección Pélvica Leve:** Generalmente Infecciones localizadas:

- Infección de episiorrafia.
- Vulvitis.
- Vaginitis.
- Cervicitis.
- Endometritis.

### **Clasificación de acuerdo a su aparición**

➤ **La endometritis de aparición precoz:** (primeras 24 horas posparto) es más frecuentemente mono-microbiana y los agentes causales más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (*S.pyogenes*) y B (*S.agalactiae*), *Clostridium spp.*

➤ **La endometritis de aparición tardía:** (más de una semana posparto o postcesárea). La *Chlamydia trachomatis* es la más relacionada.

La infección pélvica leve no tratada o insuficientemente tratada puede evolucionar a una infección pélvica severa.

## 2. Infección Pélvica Severa

**Infección localizada:** Endometriometritis (afecta endometrio y miometrio)

**Infección puerperal propagada por continuidad o contigüidad, vía linfática o vía hemática:**

- Parametritis.
- Salpingitis.
- Ooforitis.
- Salpingooforitis (anexitis).
- Absceso pélvico.
- Peritonitis pélvica.
- Peritonitis generalizada.
- Absceso intraabdominal con septicemia asociada.
- Septicemia.
- Tromboflebitis pélvica séptica.
- Shock séptico.

### Otros

- Infección de la pared abdominal.
- Mastitis puerperal.

**Factores de riesgo:** se dividen en tres grupos:

#### 1. *Factores que afectan el estado general de la mujer:*

Nivel socioeconómico bajo, higiene deficiente, falta de cuidados prenatales y relaciones sexuales durante el puerperio. Todas aquellas afecciones que disminuyen las defensas orgánicas:

- Anemia, diabetes, desnutrición, obesidad, otras.
- Enfermedades coincidentes con la gestación.
- Vaginosis bacteriana en embarazo (riesgo de endometriometritis puerperal se multiplica por
- Infección de vías urinarias.

#### 2. *Factores en relación con el manejo y la enfermedad del parto:*

- Falta de medidas de asepsia y antisepsia durante la atención del parto.
- Tactos vaginales repetidos (más de 6 durante el trabajo de parto).

- Ruptura prematura de membranas.
- Hemorragias durante el parto.
- Parto prolongado.
- Desgarros del canal del parto.
- Hemorragias del alumbramiento.
- Retención de restos placentarios.

### 3. *Factores en relación con operaciones obstétricas:*

- La *cesárea* aumenta el riesgo de infección puerperal de 5 a 30 veces; la probabilidad se incrementa si la intervención se realiza de urgencia o después de muchas horas de parto, además de los riesgos de la anestesia general.
- Otras intervenciones como el fórceps (asociado a desgarros del canal blando), así como el alumbramiento manual que incrementan la posibilidad de infección.
- Mala técnica de episiotomía – episiorrafia y reparación de desgarros del canal del parto.

### **Complicaciones de sepsis puerperal**

- Embolia pulmonar séptica.
- Shock séptico.
- Sepsis severa.
- Lesión de estructuras y órganos vecinos.
- Peritonitis generalizada.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Falla metabólica y multisistémica.
- Absceso Pélvico.
- Trombosis de venas profundas.
- Embolia pulmonar.

### **Secuelas de la sepsis**

- Infertilidad.
- Otras derivadas de la cirugía de urgencia (infecciones crónicas, mutilaciones, fístulas, etc).

## **Cesárea**<sup>5</sup>

Se define como una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía), que tiene por objetivo extraer al feto vivo o muerto y la placenta por vía trans abdominal, ésta se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal. Debe ser indicada únicamente cuando las condiciones de la madre o del feto la justifican. A veces es necesario realizar la cesárea, cuando existen una serie de causas asociadas, y que podrían poner en mayor peligro a la madre si el parto se realiza por vía vaginal, de tal manera que todas estas causas al sumarse, crean una verdadera indicación de consenso.

Las complicaciones que se pueden producir en el parto son en su mayoría *indicación de cesárea*. A veces la indicación puede ser realizada de manera programada, otras veces surge de emergencia, por complicaciones en el embarazo o en el parto. Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas, que la cesárea se ha hecho menos riesgosa para la madre, la redefinición de alguna de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y menores traumas obstétricos.

Durante este procedimiento pueden ocurrir *complicaciones inmediatas, mediatas y tardías*, entre las inmediatas esta la lesión a órganos vecinos, la hemorragia, la herida y lesiones del recién nacido, prolongación de la histerotomía, hematomas, íleo metabólico, cuerpo extraño, complicaciones anestésicas. Entre las mediatas, las más importantes son las infecciones del útero, cavidad peritoneal, absceso de herida quirúrgica y eventraciones. En las complicaciones tardías se puede observar adherencias útero-parietales, bridas o adherencia que pueden ocasionar una obstrucción intestinal mecánica tardía, son frecuentes las diástasis de los músculos rectos. El pronóstico materno y fetal de la cesárea se ha ido mejorando con el tiempo, en la actualidad, la cesárea no tiene contraindicaciones, excepto el hecho de no estar indicada correctamente.

### **Clasificación**

#### **1. Cesárea electiva**

Es aquella que se realiza en gestantes con enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

#### **Indicaciones:**

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua.

- Macrosomía fetal: mayor o igual a 4000 g.
- Placenta previa (parcial, marginal y total).
- Infecciones maternas:
  - Condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando.
  - Herpes genital primario simplex virus (HSV) en el tercer trimestre del embarazo
- Cesárea iterativa:  $\geq 2$  cesáreas anteriores tiene riesgo de ruptura uterina del 1.4.
- Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en “T”: (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).
- Compromiso fetal que contraindique la inducción del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del monitoreo fetal, arritmias fetales).
- Enfermedad médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatías, riesgo de accidente cerebro vascular).
- En caso de prematuridad, RCIU y gestaciones múltiples.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Mujeres con VIH que estén o no recibiendo una terapia anti-retroviral.
- Plastias vaginales previas.

*Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal.*

## 2. **Cesárea en curso del parto.**

Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

### ➤ **Indicaciones:**

- Fracaso de inducto-conducción.
- Fracaso de inducción de la maduración cervical.
- Parto estacionado: o sea que cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 2 horas sin progresión de las condiciones obstétricas dilatación o borramiento.
- Distocia de presentación: frente/bregma, occipitosacra, cara.



### 3. **Cesárea urgente**

Es aquella que se realiza como consecuencia de una enfermedad aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal.<sup>9</sup> y el intervalo entre la decisión y la realización de la cesárea no debe ser mayor de 30 minutos.

#### ➤ **Indicaciones:**

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal.
- DPPNI.
- Prolapso de cordón.
- Ruptura uterina.
- Embolia de líquido amniótico. (9)
- Placenta previa sangrante.

#### **Estancia hospitalaria**

Las pacientes que se están recuperando bien y no tienen complicaciones después de la cesárea deben ser dadas de alta después de 24 horas.

#### **Complicaciones**

Las complicaciones que se presentan pueden ser maternas.

##### 1. **Complicaciones Maternas**

- Hemorragias.
- Distensión abdominal.
- Infecciones.
- Útero de Couvelaire.
- Atonía uterina.
- Dehiscencia de heridas.
- Embolismo pulmonar.
- Daño a los órganos abdominales.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### 1. *Tipo de estudio*

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

### 2. *Área y período de estudio*

Se realizó en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante enero a junio del 2014.

### 3. *Población de estudio*

**Universo:** total de pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe que presentaron complicaciones obstétricas.

**Muestra:** se estudió el total del universo, comprendido por 258 pacientes que presentaron complicación obstétrica durante el parto y puerperio inmediato en el periodo de enero a junio del año 2014.

### 4. *Criterios de inclusión:*

1. Partos atendidos en Hospital Regional Santiago de Jinotepe
2. Partos atendidos de enero a junio del 2014
3. Pacientes con complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato

### 5. *Criterios de exclusión:*

1. Partos atendidos extra hospitalariamente
2. Partos fuera del periodo de estudio.
3. Pacientes con complicaciones obstétricas antes del trabajo de parto.

### 6. *Tipo de muestreo:*

No probabilístico por conveniencia.

### 7. *Unidad de análisis*

Pacientes atendidas en el hospital regional Santiago de Jinotepe que presentaron complicaciones obstétricas.

## **8. Fuentes de información**

Secundaria a través de la revisión de expedientes de pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica durante parto y puerperio inmediato.

## **9. Técnicas de recolección de la información:**

Se realizó una revisión documental de los expedientes de las pacientes muestreadas. Inicialmente se identificaron todas las embarazadas atendidas en el hospital y luego se seleccionaron aquellas que presentaron complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato para que el investigador llenara la ficha de recolección de datos (Ver anexo Ficha de recolección de información).

## **10. Variables del estudio:**

### Objetivo No. 1:

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Estado civil
- Antecedentes patológicos maternos
- Intervalo intergenésico
- Controles prenatales
- Edad gestacional
- Antecedentes obstétricos

### Objetivo No. 2:

- Inicio del trabajo de parto
- Duración del trabajo de parto
- Indicación de cesárea
- Vía del parto
- Presentación del producto
- Desgarro
- Causa de inducción del parto
- Modo de terminación del parto
- Duración del trabajo de parto

- Personal que atendió el parto
- Tipo de cesárea
- Complicación obstétrica materna
- Manejo de la complicación materna

Objetivo No. 3

- Egreso materno
- Días de estancia

## 11. Operacionalización de variables

### OBJETIVO 1

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
<b>Edad</b>	Años cumplidos de la embarazada al momento de su ingreso.	< 20 20 a 34 ≥ 35
<b>Procedencia</b>	Lugar donde actualmente vive una persona	Rural Urbana
<b>Escolaridad</b>	En este estudio se considerará baja una escolaridad primaria o ninguna, y alta secundaria o superior.	Baja Alta
<b>Estado civil</b>	Tipo de relación conyugal.	Soltera Acompañada/casada
<b>Antecedentes patológicos maternos</b>	Historia previa de la paciente del embarazo anterior relacionada con alguna patología como hipertensión, síndrome Hipertensivo gestacional, diabetes sepsis urinaria, anemia u otra.	Hipertensión Sind. Hipertensivo gestacional Diabetes Anemia Sepsis urinaria Otros
<b>Intervalo inter genésico</b>	Duración en meses entre el anterior embarazo y el actual.	< 24 (Corto) ≥ 24 No aplica
<b>Controles prenatales</b>	Número de controles prenatales realizados durante su embarazo.	Ninguno 1-3 ≥ 4
<b>Edad gestacional</b>	Tiempo en semanas desde la fecha de última regla y el nacimiento.	< 37 37-41 ≥ 42
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Historia previa de la paciente relacionado al número de gestas, abortos, partos, cesáreas y resultado del embarazo previo.	Gestas previas Abortos Partos vaginales Cesárea Nacidos muertos

## OBJETIVO 2

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
<b>Inicio del trabajo de parto</b>	Clasificación del parto según el comienzo del parto. Parto espontáneo: cuando no es necesario realizar maniobras médicas o quirúrgicas para su expulsión. Parto asistido: cuando es necesario el uso de fármacos u otras maniobras para la expulsión.	Espontáneo Inducido
<b>Indicación de cesárea</b>	Causa por la que se realiza el procedimiento quirúrgico.	Sind. hipertensivo gestacional Distocia Sufrimiento fetal agudo Inducción fallida Otros
<b>Vía del parto</b>	Vía por la cual ocurre el nacimiento.	Vaginal Cesárea
<b>Presentación del producto</b>	La parte del producto que se aboca a la pelvis materna, que la llena y es capaz de desencadenar un mecanismo de trabajo de parto.	Cefálico Pélvico
<b>Desgarro perineal</b>	Rasgado de los tejidos situados entre vulva y ano producido por estiramiento excesivo de la vagina durante el parto.	Si No
<b>Causa de inducción del parto</b>	Procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas para conseguir parto vía vaginal.	Hipodinamia uterina RPM Embarazo prolongado Otros

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
<b>Modo de terminación del parto</b>	Vía en que culmina el proceso de trabajo de parto ya sea vía vaginal o cesárea.	Espontaneo Cesárea electiva Cesárea de urgencia Cesárea intraparto
<b>Duración del trabajo de parto</b>	Duración normal del trabajo de parto con dinámica uterina espontanea.	< 6 hrs >6 hrs
<b>Personal que Atendió el parto</b>	Persona calificado para la atención de la embarazada en su trabajo de parto hasta el nacimiento feto.	Gineco-obstetra Médico general Enfermería Otro
<b>Tipo de cesárea</b>	Es el momento en que se toma la decisión para realizarla.	Electiva Urgencia
<b>Complicación Obstétrica materna</b>	Alteraciones o modificaciones del estado de salud materno.	Parto obstruido Hemorragia posparto Sepsis puerperal Otros
<b>Manejo complicación materna</b>	Manejo de cualquier Alteración o modificación del estado de salud materno	Medico Quirúrgico Médico-quirúrgico

### OBJETIVO 3

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
<b>Egreso materno</b>	Condición materna o conducta médica al momento del alta.	Viva Muerta Traslado
<b>Días de estancia</b>	Número de días transcurridos desde su ingreso hasta su egreso hospitalario.	Menos de 5 días De 5-10 días. Más de 10 días.

## ***12. Plan de análisis***

Se usó el software SPSS versión 22.0 para el análisis descriptivo se basó en razones, porcentajes, promedio, mediana, rango y desviación estándar en las variables numéricas como edad. Se calculó la estancia hospitalaria, la distribución proporcional de complicaciones maternas.

## ***13. Control de sesgos***

Se debe perseguir que el estudio sea preciso y válido.

Precisión: Carencia de error aleatorio y se corresponde con la reducción del error debido al azar. Para reducir este error el elemento más importante del que disponemos es incrementar el tamaño de la muestra y con ello aumentamos la precisión.

VALIDEZ: Carencia del error sistemático. Tiene dos componentes:

Validez externa o generalización: Se aplica a individuos que están fuera de la población del estudio.

Validez interna: Validez de las inferencias a los sujetos reales del estudio. La validez interna es por tanto un prerrequisito para que pueda darse la externa.

## ***14. Aspectos éticos***

Se solicitó autorización al director del hospital para tener acceso a los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

Justicia: Se tomaron en cuenta a todas las pacientes que presentaron una complicación obstétrica sin distinción de sexo, raza ni religión.

Beneficencia: con la investigación que se realizó, no dañara la integridad física, ni emocional de los individuos en estudio y los datos obtenidos fueron para beneficio científico y de la salud de la población.

Protección de la confidencialidad: no fue necesario el nombre de ningún individuo, y se aseguró proteger su identidad.



## VIII. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 258 pacientes embarazadas con complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato. Las principales características generales de estas pacientes fueron: edad menores de 20 años con un 31%, entre 20-34 años de edad con un 60,1% y mayores de 35 años con un 8,9%, en cuanto a procedencia se obtuvo que un 69,9% eran de procedencia urbana y un 39,1% procedencia rural, estado civil casada 91% y 8,5% soltera y escolaridad un 59,7% de la población presento alta escolaridad y un 40,3% baja escolaridad. (Ver tabla No. 1)

En cuanto a la edad se determinó que la media de la población fue de 25, mediana de 24, moda de 17, desviación estándar de 7, varianza de 48, mínimo de edad 15 y máximo de edad 40 años. (Ver tabla No. 2)

Los principales antecedentes patológicos registrados en los expedientes de las pacientes fueron sepsis urinaria 14.7%, síndrome hipertensivo gestacional con un 7%, aborto con 6,2% y anemia con 1,6%, diabetes y RPM con 0,8% y un 66,3% de las pacientes no presentaron ningún antecedente patológico y ninguna tenía hábitos no saludables (Ver tabla No. 3)

Por otra parte en los antecedentes obstétricos de la población a estudio encontramos que un 58,1% de las pacientes tuvieron un periodo intergenésico corto y un 41,9% tuvieron un periodo intergenésico largo. De las pacientes un 74,4% eran primigestas, un 23,3% eran bigestas y un 2,30% eran trigestas, de las pacientes que habían presentado partos previamente solamente se reportaron 3,10% abortos y el resto nacieron vivos con un 96,9%, un 95,9% de las pacientes presentaron parto vía vaginal y un 3,10% era primera cesárea y un 1,6% era cesárea previa. (Ver tabla No 4)

En los controles prenatales un 82,2% se realizaron más de 4 controles y un 17,8% se realizaron menos de 4 controles prenatales. Las edades gestaciones de las pacientes se encontraban de 37-42 semanas de gestación un 48,8% y en embarazos pre términos se observó de 20-26 y 27-32 semanas un 0,4% y 1,2% respectivamente. El método principal para calcular la edad gestacional con un 79,1% fue a través de fecha de última regla y ultrasonografía con un 20,9%. (Ver tabla No. 5)

En cuanto a las características del parto encontramos que un 85,7% presento un inicio de trabajo de parto espontaneo y un 14,3% fue inducido, la causas de inducción del parto fue distocias de la contracción. La presentación del producto fue de un 98,8% cefálico y un 1,2 % pélvico, de las que presentaron parto vía vaginal un 88,8% no se desgarró y un 11,2% presento desgarró, con una duración de trabajo de parto de menos de 6 horas un 10,9% y más de 6 horas con un 89,1%, un 77,9% su parto termino de modo espontaneo y un 22.1% en cesárea predominando cesárea de urgencia con un 16,7% y cesárea electiva con un 5,4%. La atención del parto fue realizada por un ginecoobstetra en un 22,9%, por personal de enfermería en un 6,6%, médico general en un 4,3% y por otro personal en un 66,3%. (Ver tabla No 6)

En cuanto a las pacientes a las cuales se les realizo cesárea la principal indicación fue SHG con un 12,2%, cesárea anterior 5,4% y por distocias con un 5,4%, a todas las pacientes se les administro anestesia regional. (Ver tabla No 7)

Las principales complicaciones obstétricas observadas fueron: RPM 51,6%, síndrome hipertensivo gestacional (36%), predominando la Preclampsia moderada, seguido por preclampsia grave. La hemorragia postparto fue observada en el 4,3% de los casos, causada principalmente por atonía/hipotonía uterina. Otras complicaciones importantes fueron el trabajo de parto detenido con un 4,7%. A las pacientes que presentaron complicación obstétrica a un 77,5 % se les dio manejo médico y un 22,5% se les dio manejo quirúrgico. Todas las pacientes egresaron vivas, pero dos casos fueron trasladadas al hospital Bertha Calderón Roque. (Ver tabla No. 8)

## IX. DISCUSION

Al comparar algunos indicadores de salud de este estudio en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, Carazo, con estadísticas del país se determinó que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes fue mayor (31% vs. 18%). Se determinó que el porcentaje embarazadas con 4 consultas prenatales fue mucho mayor (82,2% vs. 60,8%). El elevado porcentaje de cesáreas (22,1%) encontrado en este estudio excede al nivel recomendado por la OMS (5% - 15%),<sup>15</sup> en comparación con un estudio realizado en hospital nuevo amanecer de puerto cabezas se encontró una tasa mayor de cesárea de 22,1% vs 17.7% esto puede atribuirse a que la población estudiada es una población especial compuesta por embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas y que requieren atención obstétrica de urgencia (AOU) y por lo tanto con mayor probabilidad de finalizar su embarazo por esta vía.. Las cifras tan elevadas de embarazo en adolescentes pueden atribuirse al desconocimiento o falta de promoción de medios de planificación familiar por parte de las unidades de salud, además, puede deberse a factores socioeconómicos y culturales en el SILAIS de Carazo cuyos indicadores en salud sexual y reproductiva presentan limitaciones según cifras del MINSA.

Otros factores de favorecen el desarrollo de complicaciones obstétricas según la literatura consultada son la baja escolaridad materna y estado civil soltera, sin embargo en nuestro estudio se encontró que dos tercios de pacientes tenían un nivel de secundaria o más. Además se encontró que la mayoría de las pacientes presentaban estado civil casado lo cual coincide con el estudio de cohorte en 2008 en hospital cesar Amador Molina, Matagalpa. Es importante señalar que un tercio de las madres eran adolescentes, lo que representa un factor de riesgo y se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia y que los hijos de madres adolescentes, con precario nivel de instrucción tienen mayores probabilidades de enfermar. Pero también, la precariedad en el control del embarazo las expone a riesgos como la prematurez y el bajo peso al nacer, que desde el punto de vista de la salud pública son parámetros que se relacionan con la supervivencia, el crecimiento antropométrico y el desarrollo ulterior del recién nacido.

Según la literatura consultada aproximadamente 15% de los nacimientos puede presentar alguna complicación, estimándose una frecuencia para la hemorragia postparto, síndrome hipertensivo gestacional y trabajo de parto detenido de 10.5%, 14% y 1.5%, respectivamente. Estas tres

complicaciones fueron observadas en este estudio y se encuentran entre las siete categorías de complicaciones obstétricas responsables del 85% de las muertes obstétricas directas, según la OMS.<sup>14,18</sup> Las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.<sup>18</sup> En este estudio, aproximadamente el 51,6% de las complicaciones se debieron a ruptura prematura de membrana, síndrome hipertensivo gestacional 36% y a la hemorragia posparto 4,3%, estas cifra son similares a las reportadas por el estudio realizado HOEDRA en el año 2008. No obstante, se observaron diferencias con otros estudios nacionales, por ejemplo, en un estudio de Tinoco y Torrez en el Hospital primario Esteban Jaenz Serrani, Bonanza, RAAN las principales complicaciones obstétricas fueron hipertensión gestacional, APP y HPP. Entre el 2006-2008 en el Hospital de Corinto las complicaciones maternas más frecuentes fueron desproporción céfalo-pélvica, hemorragia puerperal, amenaza de aborto y parto prematuro.<sup>19</sup>

En este estudio no se reportaron muertes maternas. Estos hallazgos son similares a los reportados en el hospital de Bonanza, se encuentra dentro de los niveles aceptables de letalidad en mujeres con complicaciones obstétricas directas en centros de atención obstétrica de urgencia que es menor de 1%.<sup>16</sup> Esto puede ser considerado como un indicador de la calidad brindada a las pacientes atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

Una limitación en este estudio fue la dificultad para localizar los expedientes así como su orden en cuanto a foliación, lo que dificultó la recolección de datos. Estos hallazgos deben ser reportados a las autoridades del hospital bajo estudio para continuar mejorando la calidad de atención brindada a las pacientes embarazadas atendidas

## **X. CONCLUSIONES**

La mayoría de pacientes eran adultas entre 20-34 años, procedencia rural, escolaridad alta y estado civil casada.

Un tercio tenía antecedentes patológicos, más de la mitad eran nulíparas, 3% tenía antecedente de abortos previos y el 4,7% había tenido alguna cesárea. El 23% de los embarazos fueron a término y la mayoría se había realizado 4 o más CPN.

Solamente en el 14,3% de los partos fue inducido y la principal presentación fue cefálica.

Más de un tercio de los casos finalizó vía vaginal y un 22,1% por cesárea, predominando la cesárea de urgencia. La principal indicación de cesáreas fueron preeclampsia y distocias.

Las principales complicaciones obstétricas observadas fueron: RPM (51,6%) síndrome hipertensivo gestacional (36%) y hemorragia postparto (4,3%) causada principalmente por atonía/hipotonía uterina, sepsis puerperal (3,1%), APP (0,4%).

El promedio de estancia fue de menos de 5 días.

Todas las pacientes egresaron vivas, pero dos casos fueron trasladadas a una unidad de mayor resolución.

## **XI . RECOMENDACIONES**

1- Al SILAIS-Carazo se recomienda capacitar y mejorar el conocimiento en las acciones de los CPN, al personal de salud sobre todo en la detección temprana del ARO, detectando y evitando previamente las complicaciones obstétricas.

2- Al personal de salud de atención primaria aumentar el número de CPN, sobre todo en el área rural con el fin de la detección a tiempo de las complicaciones obstétricas, lo que reducirían drásticamente los días de estancias de estas pacientes en las unidades de salud, favoreciendo el presupuesto del MINSA.

3-Mejorar el sistema de registro de los expediente clínicos en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

4- Realizar campañas de educación sobre abstinencia y planificación familiar a la población adolescente.

## **XII. BIBLIOGRAFIA**

1. WHO. World health report 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.
2. Maine, D. , et al. "Prevention of Maternal Deaths in developing Countries: Program Options and Practical Considerations". Documento presentado a la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos, Nairobi, 10 a 13 de febrero de 1987.
3. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund(UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD): Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook Geneva; World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD;2009.
4. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries - practical guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/FHE/MSM/94.11).
5. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud./ Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua: MINSA, 2013.
6. Toruño MA, Quezada WY. Factores de riesgo en complicaciones por cesáreas, Hospital Nuevo Amanecer Enfermera Nancy de Bach de Puerto Cabezas en el periodo de enero a diciembre 2004. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2005.
7. Cruz OD. Factores de riesgo asociados a complicaciones trans y post- cesárea, en pacientes que ingresaron al servicio de gineco - obstetricia del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello agosto del 2006 a marzo del 2008. León: UNAN-León. Tesis (Especialista en Obstetricia y Ginecología). 2009.
8. Altamirano RL, Almeida BA. Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2009.
9. Ruiz YM, Moreno LA. Factores de riesgo de las complicaciones maternas y perinatales en pacientes ingresadas al hospital César Amador Molina de Matagalpa, 2007-2008. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2009.
10. Tinoco KW, Tórrez ME. Complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a diciembre del 2012. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2013.

11. End Poverty 2015: Millennium Development Goals. [<http://www.un.org/millenniumgoals>]
12. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua: MINSa. 2005.
13. Kvåle G, et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. *Norsk Epidemiologi* 2005; 15 (2): 141-149 141.
14. Ali M, et al. Emergency obstetric care in Pakistan: Potential for reduced maternal mortality through improved basic EmOC facilities, services, and access. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2005) 91, 105—112
15. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1091-110.
16. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD): Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook Geneva; World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD;2009.
17. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem. Vo.1. Tenth revision. Geneva: World Health Organization. 1992.
18. Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos de salud. 2007. Managua, Nicaragua: MINSa/OPS.
19. Andrade HH, Borge JG. Factores de riesgo relacionados a complicaciones materno-fetales en la adolescente embarazada en el Hospital Josef Aloysius Shendell Berfeld - Corinto. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2010.



# ANEXOS

### XIII . ANEXOS

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Complicaciones durante el parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante enero a junio del 2014**

➤ **Datos generales:**

1. No. Ficha: \_\_\_\_\_
2. Expediente: \_\_\_\_\_
3. Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                                    Día   Mes   Año
4. Fecha de egreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                                    Día   Mes   Año
5. Edad materna: \_\_\_\_\_
6. Escolaridad:                    a) Baja            b) Alta
7. Estado civil:                  a) Soltera        b) Casada/acompañada
8. Procedencia:                a) Urbano        b) Rural

➤ **Historia obstétrica y antecedentes maternos:**

4. Antecedentes patológicos (marque con una "X" si es positivo):
  - a. Hipertensión
  - b. Sind. hipertensivo gestacional
  - c. Diabetes
  - d. Anemia
  - e. Sepsis urinaria
  - f. Aborto
  - g. Embarazo pretérmino
  - h. Rotura prematura membranas
  - i. Otros: \_\_\_\_\_

5. Intervalo intergenésico (meses):\_\_\_\_\_
6. Número de controles prenatales:\_\_\_\_\_
7. Número de embarazos incluyendo el actual:\_\_\_\_\_
8. Número de partos previos:\_\_\_\_\_
9. Resultados del embarazo previo:
  - a) Aborto
  - b) Muerte fetal
  - c) Nacido vivo
10. Abortos previos:\_\_\_\_\_
11. Cesáreas previas:\_\_\_\_\_
12. Edad gestacional al parto (semanas): \_\_\_\_\_
13. Método usado para determinar la edad gestación:
  - a) FUR
  - b) Ultrasonografía
14. Hábitos no saludables (marque con una “X” si es positivo):
  - a. Fumado
  - b. Alcohol
  - c. Café
  - d. Actividad sexual al final del embarazo

➤ **Datos del parto:**

19. Inicio del trabajo de parto:
  - a) Espontáneo
  - b) Inducido
20. Causa de inducción del parto:\_\_\_\_\_
21. Presentación:
  - a) Cefálico
  - b) Pélvico
22. Modo de terminación del parto:
  - a) Espontáneo
  - b) Cesárea electiva

c) Cesárea de urgencia

d) Cesárea intraparto

23. Atención del parto :

a) Gineco-abstetra

b) Médico general

C) enfermería

24. Desgarro:

a) Si

b) No

25. Duración del trabajo de parto (horas):\_\_\_\_\_

26. Presencia de líquido amniótico:

a) Si

b) No

27. Indicación de cesárea:\_\_\_\_\_

28. Tipo de anestesia:

a) General

b) Regional

29. Complicaciones materna:\_\_\_\_\_

30. Manejo:\_\_\_\_\_

➤ **Evolución materna:**

31. Días de estancia intrahospitalaria:

a) Menos de 5 días

b) de 5-10 días

c) más de 10 días

32. Egreso materno:

a) viva

b) muerta

c) traslado

**Tabla No. 1 Características generales de las pacientes**

<b>Características generales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad Materna</b>		
<20 años	80	31,00
20-34 años	155	60,10
>35 años	23	8,90
<b>Procedencia</b>		
Urbano	157	60,90
Rural	101	39,10
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	22	8,50
Casada	236	91,50
<b>Escolaridad</b>		
Baja	104	40,30
Alta	154	59,70
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>

**Tabla No. 2 Edades maternas**

Media	24.81
Mediana	24.00
Moda	17
Desviación estándar	6.993
Varianza	48.907
Mínimo	15
Máximo	40

**Tabla No. 3 Antecedentes patológicos maternos**

<b>Antecedentes Patológicos Maternos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Antecedentes Patológicos</b>		
Hipertensión	7	2,70
Sind. hipertensivo gestacional	18	7,00
Diabetes	2	0,80
Anemia	4	1,60
Sepsis urinaria	38	14,70
Aborto	16	6,20
Rotura prematura membranas	2	0,80
Ninguno	171	66,30
<b>Habitos no Saludables</b>		
Negado	258	100,00
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>

**Tabla No. 4 Antecedentes Gineco-obstetricos**

<b>Antecedentes Obstetricos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Intervalo intergenésico(meses)</b>		
-24 meses	150	58,10
+24 meses	108	41,90
<b>Número de embarazos incluyendo el actual</b>		
1 "Primigesta"	192	74,40
2 "Bigesta"	60	23,30
3 "Trigesta"	6	2,30
<b>Abortos Previos</b>		
Cero	250	96,90
Uno	8	3,10
<b>Cesáreas previas</b>		
Primera	8	3,10
Previa	4	1,60
No aplica	246	95,30
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>

**Tabla No. 5 controles prenatales**

<b>Controles Prenatales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Número de controles prenatales</b>		
Menos de 4	46	17,80
De 4 a mas	212	82,20
<b>Edad gestacional al parto(semanas)</b>		
20-26 semanas	1	0,40
27-32 semanas	3	1,20
33-38 semanas	125	48,40
39-42 semanas	129	50,00
<b>Método usado para determinar la edad gestación</b>		
FUR	204	79,10
Ultrasonografía	54	20,90
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>

**Tabla No. 6 Datos del parto**

<b>Parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Inicio del trabajo de parto</b>		
Espontáneo	221	85,70
Inducido	37	14,30
<b>Presentación</b>		
Cefálico	255	98,80
Pélvico	3	1,20
<b>Presencia de líquido amniótico</b>		
Si - Claro	255	98,80
No - Meconial	3	1,20
<b>Desgarro</b>		
Si	29	11,20
No	229	88,80
<b>Causa de inducción del parto</b>		
Distocias de la contraccion	37	14,30
no aplica	221	85,70
<b>Modo de terminación del parto</b>		
Espontáneo	201	77,90
Cesárea electiva	14	5,40
Cesárea de urgencia	43	16,70
<b>Atención del parto</b>		
Gineco-obstetra	59	22,90
Médico general	11	4,30
Enfermería	17	6,60
Otros	171	66,30
<b>Duración del trabajo de parto(horas)</b>		
Menos de 6 hrs	28	10,90
de 6 hrs a mas	230	89,10
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>



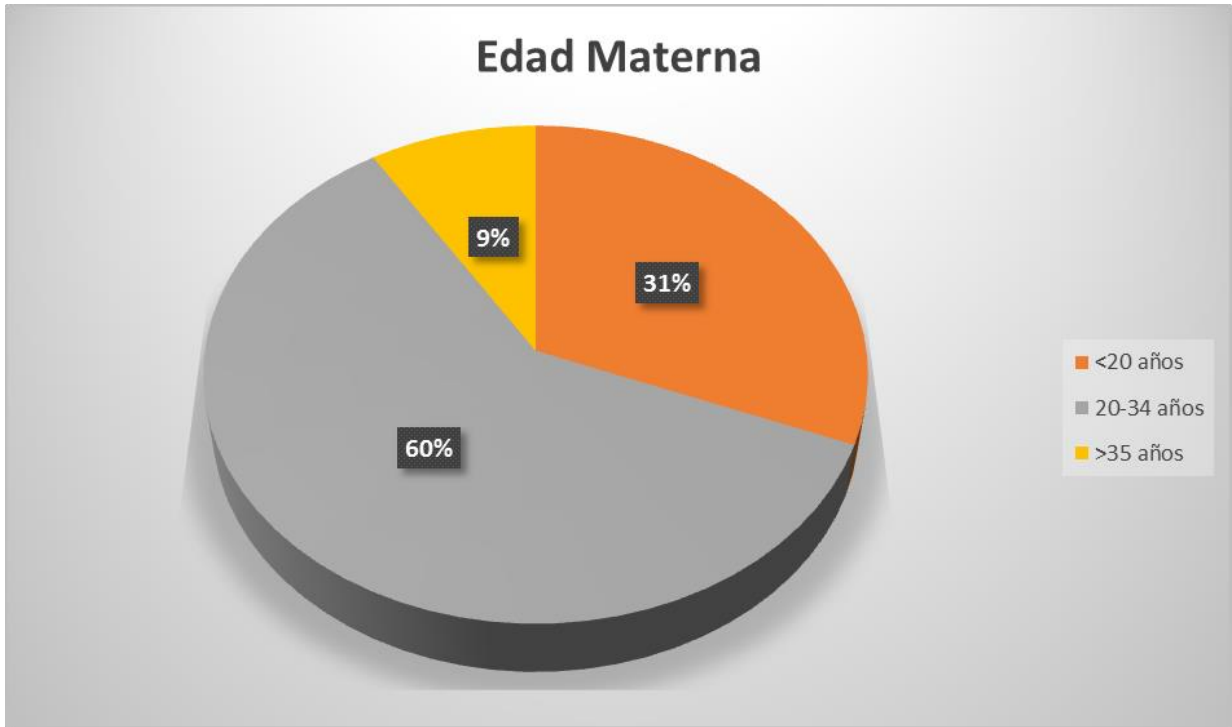
**Tabla No. 7 Indicación de Cesárea**

<b>Cesarea</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Indicación de cesárea</b>		
cesarea anterior	14	5,43
Distocias	13	5,04
SHG	31	12,02
no aplica	200	77,51
<b>Tipo de anestesia</b>		
Regional	60	23,30
no aplica	198	76,70
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>

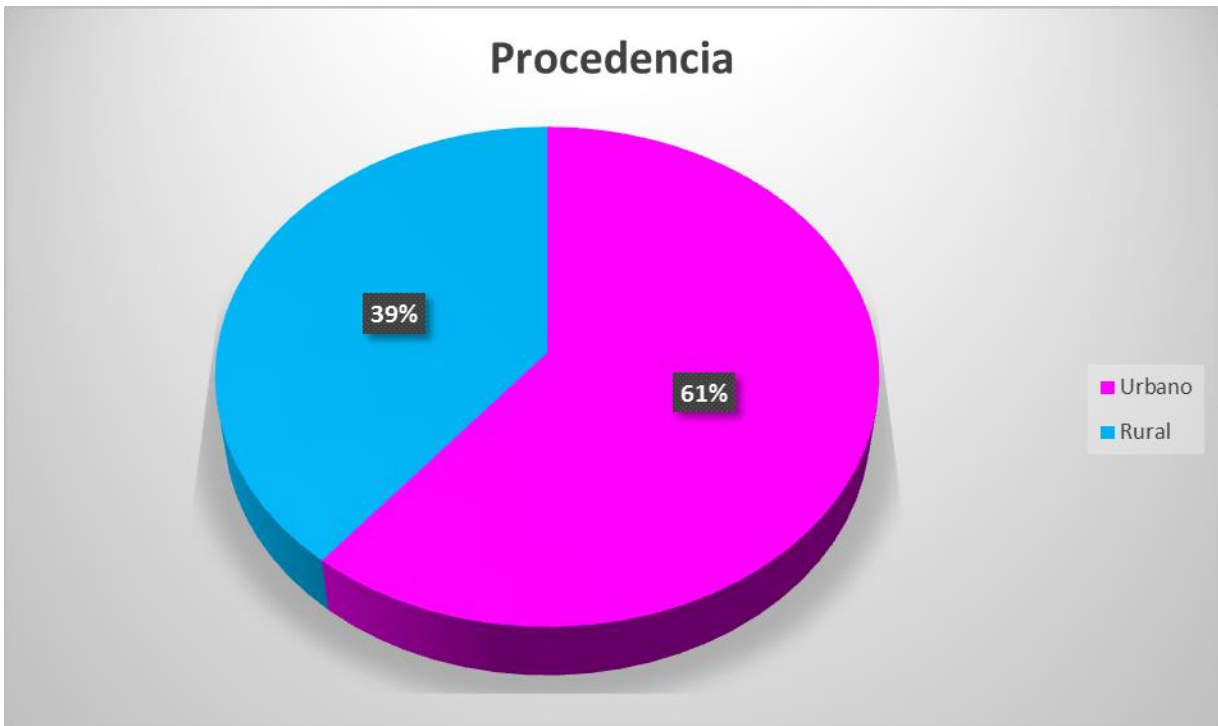
**Tabla No. 8 Complicaciones obstétricas**

<b>Complicaciones Obstetricas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Complicaciones maternas</b>		
SHG	93	36,00
HPP	11	4,30
sepsis puerperal	8	3,10
RPM	133	51,60
APP	1	0,40
distocias	12	4,70
<b>Manejo</b>		
medico	200	77,50
quirurgico	58	22,50
<b>Días de estancia intrahospitalaria</b>		
menos de 5 días	213	82,60
de 5-10 días	43	16,70
más de 10 días	2	0,80
<b>Egreso materno</b>		
Viva	256	99,20
Traslado	2	0,80
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>

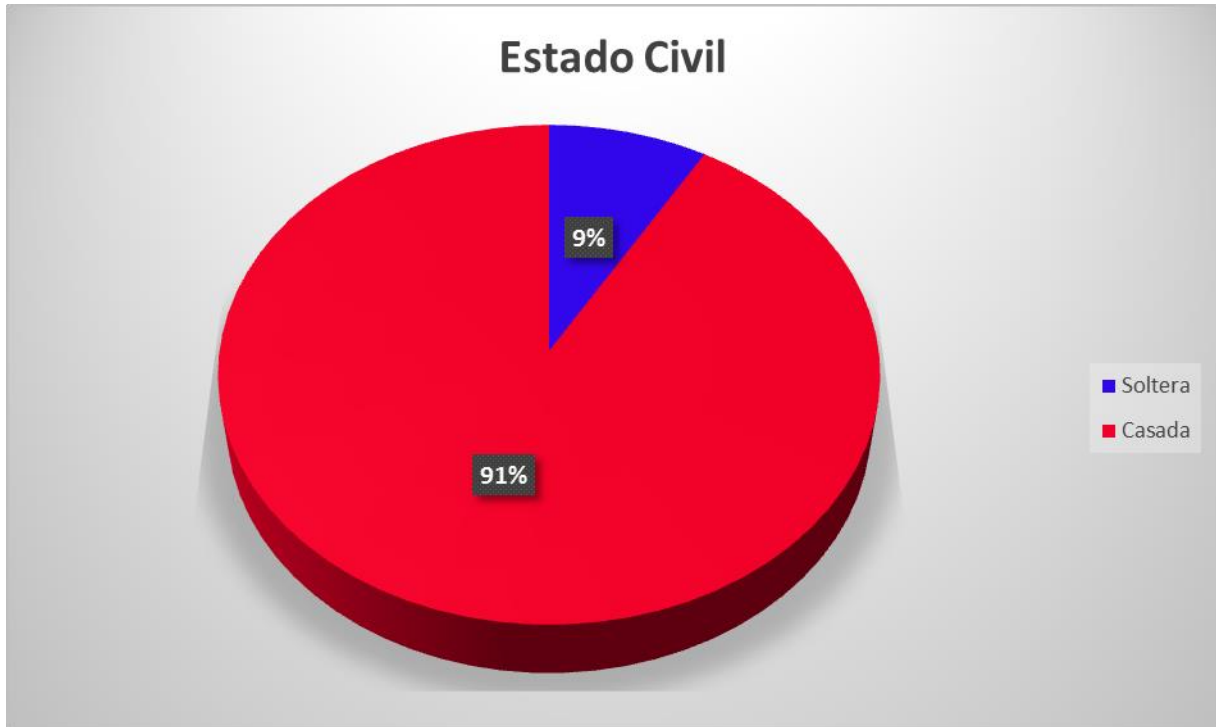
**Grafico No 1 Edades maternas**



**Grafico No 2 Procedencia**



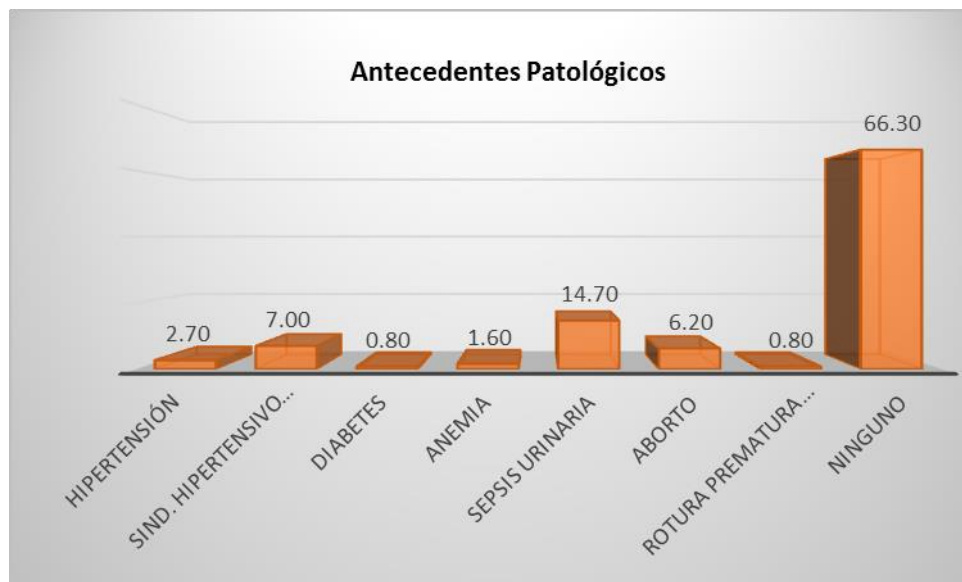
**Grafico No 3 Estado civil**



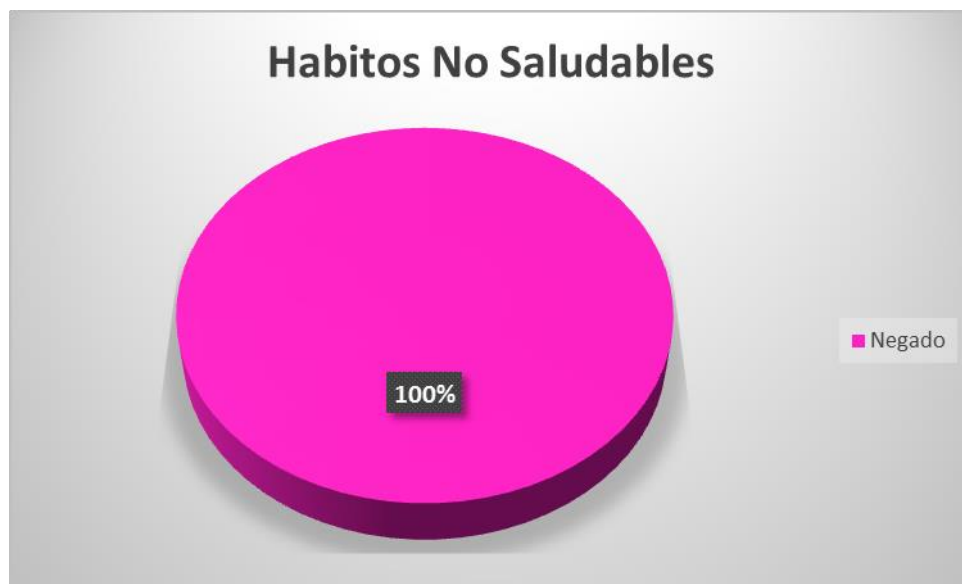
**Grafico No 4 Escolaridad**



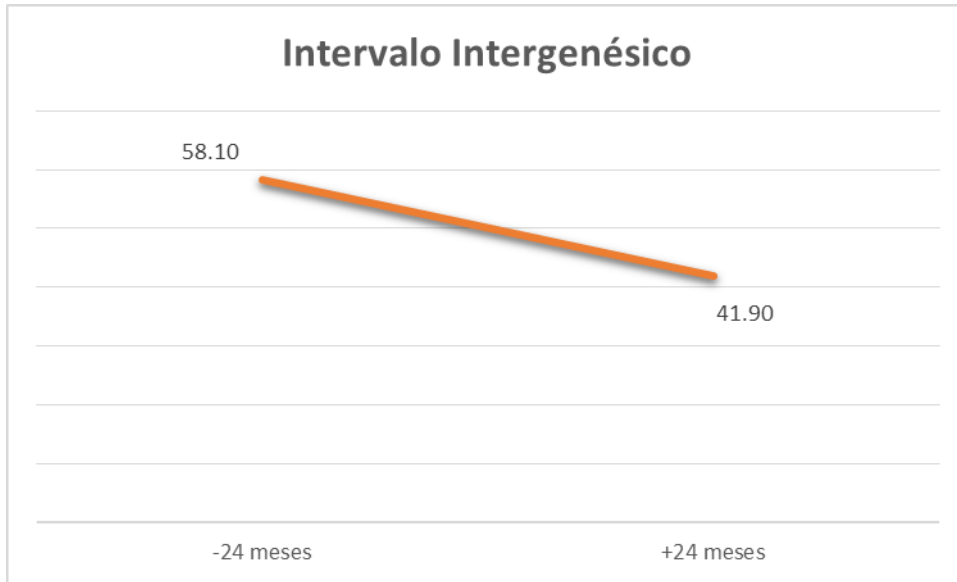
**Grafico No 6 Antecedentes patológicos**



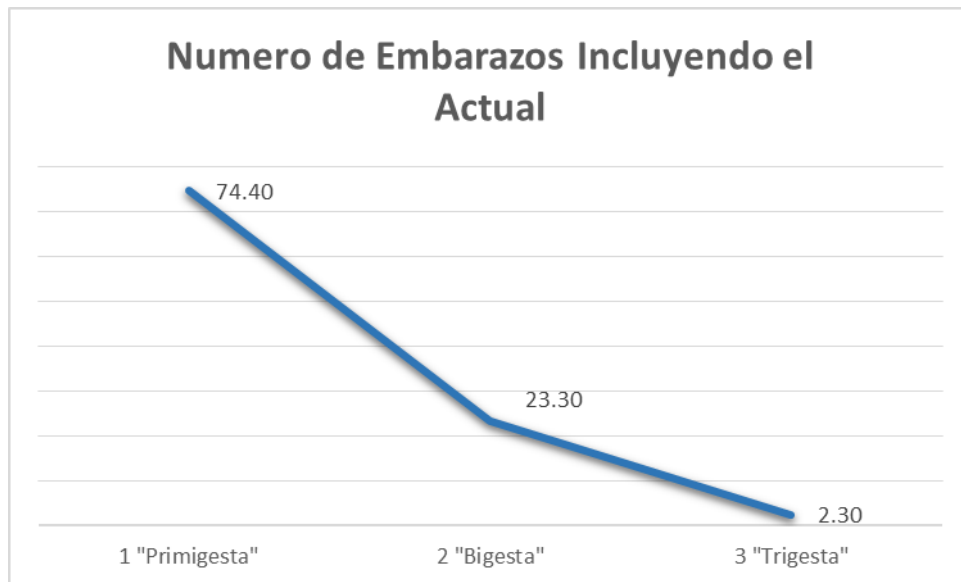
**Grafico No 7 Hábitos no saludables**



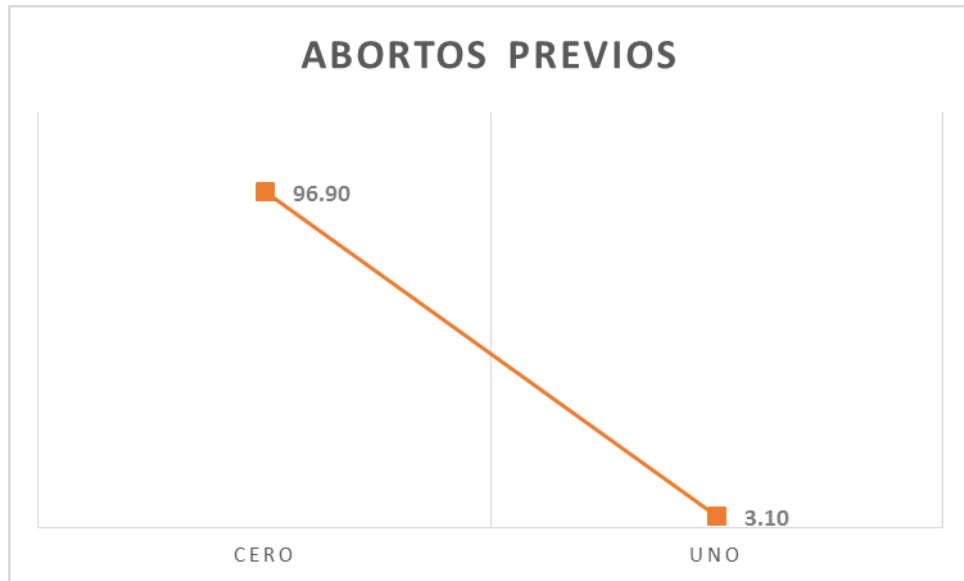
**Grafico No 8 Intervalo intergenésico**



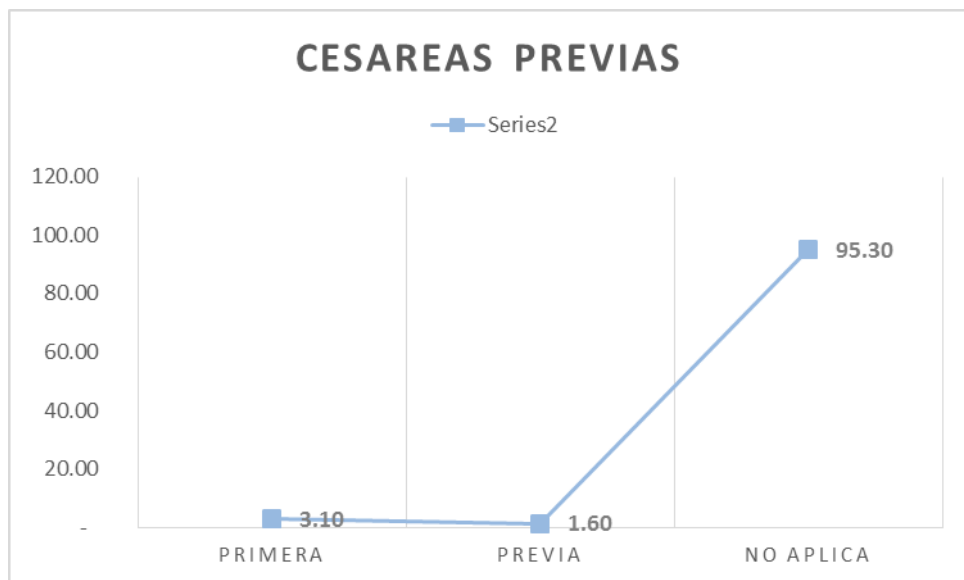
**Grafico No 9 Número de embarazos**



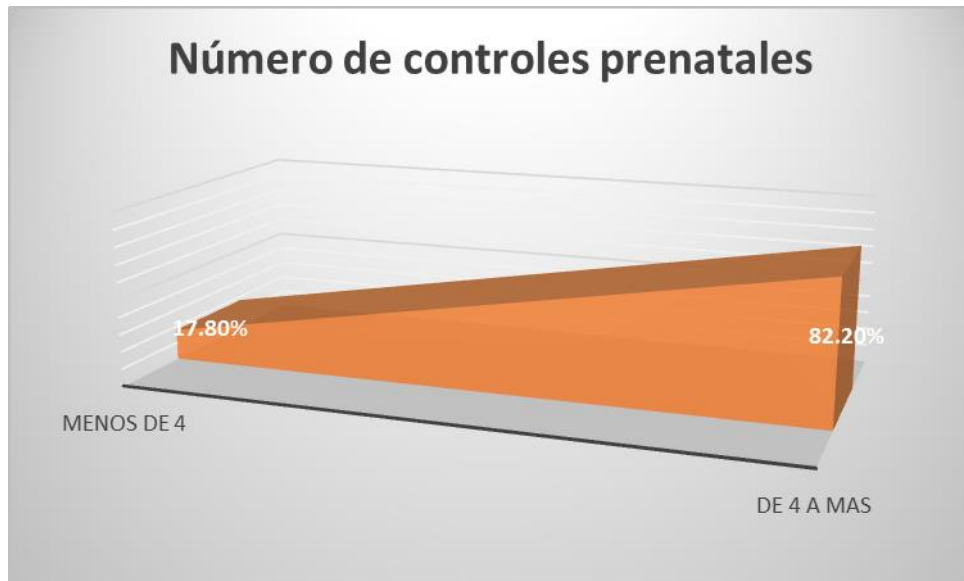
**Grafico No 10 Abortos previos**



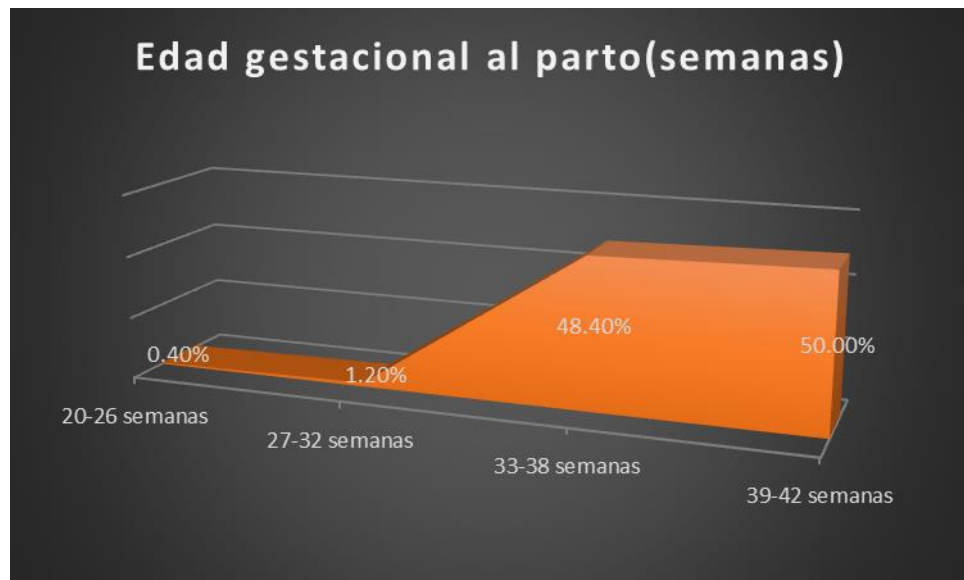
**Grafico No 11 Cesáreas previas**



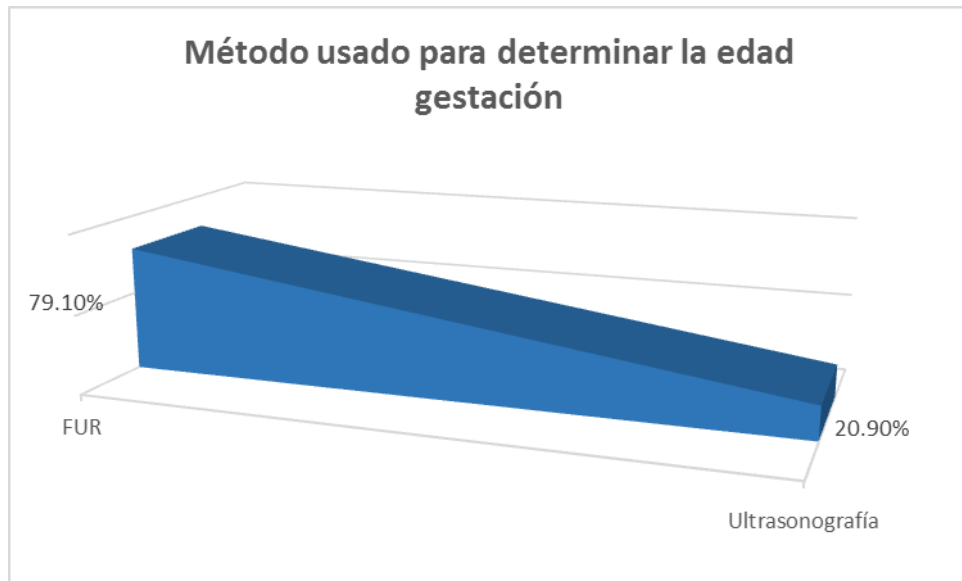
**Grafico No 12 Número de controles prenatales**



**Grafico No 13 Edad gestacional**



**Grafico No 14 Método para determinar edad gestacional**

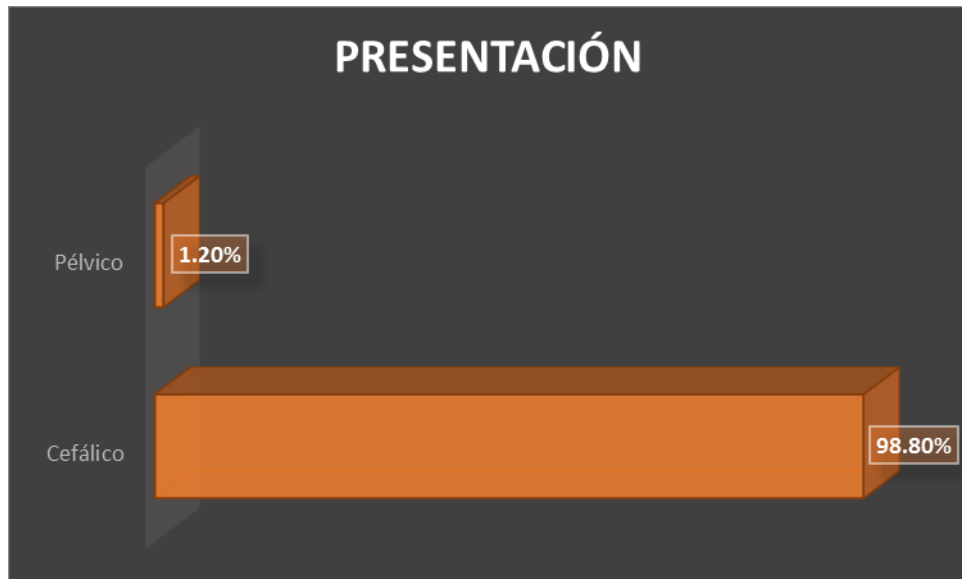


**Grafico No 15 Inicio de trabajo de parto**

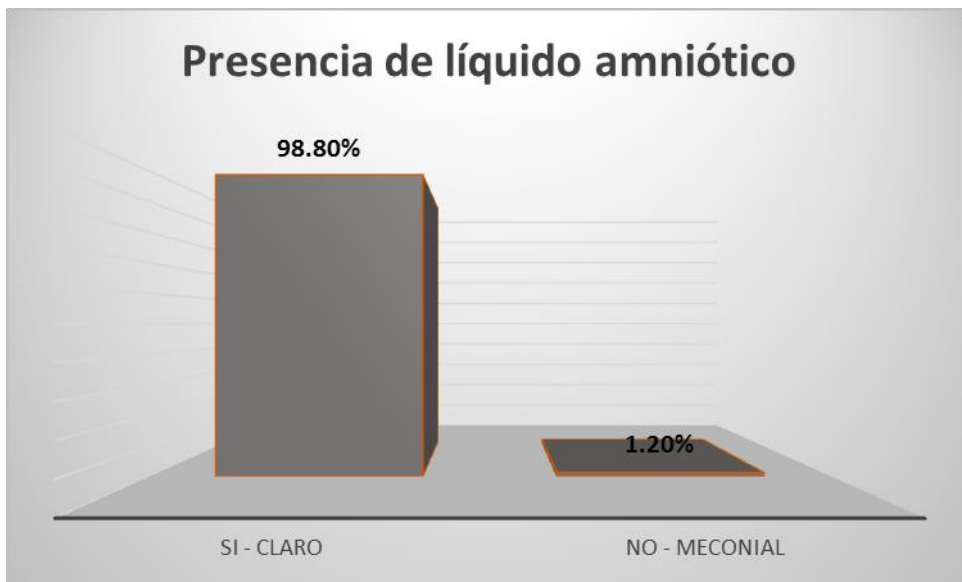




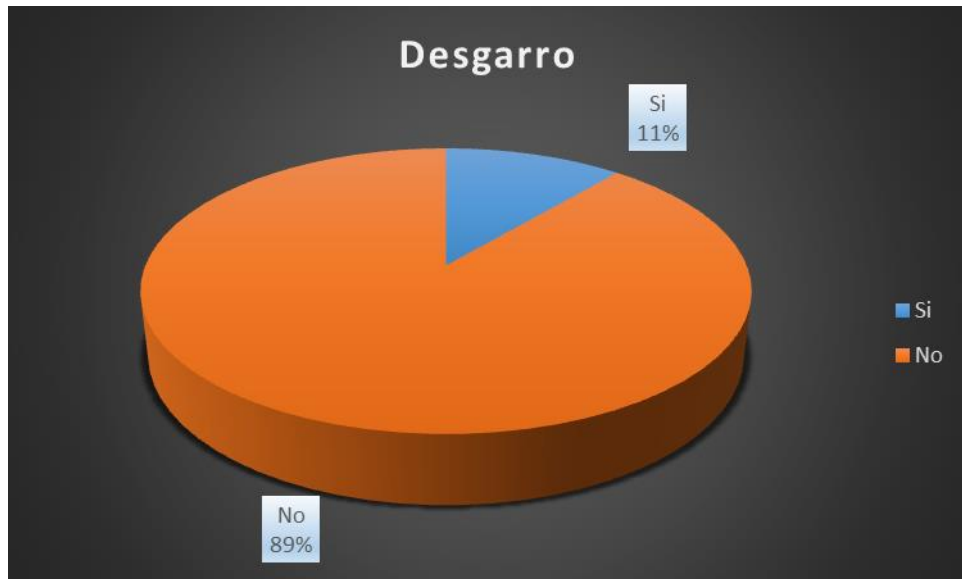
**Grafico No 16 Presentación del producto**



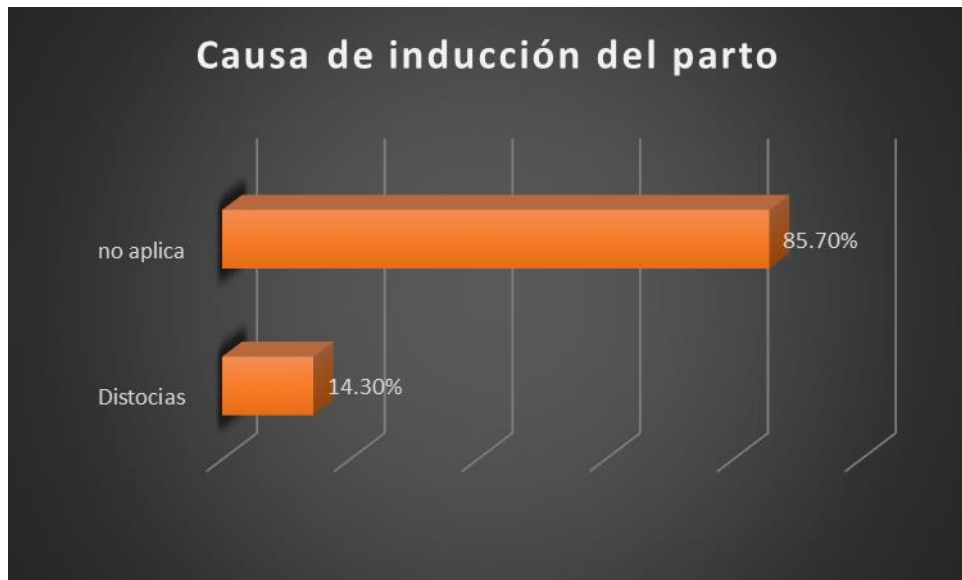
**Grafico No 17 Presencia de líquido amniótico**



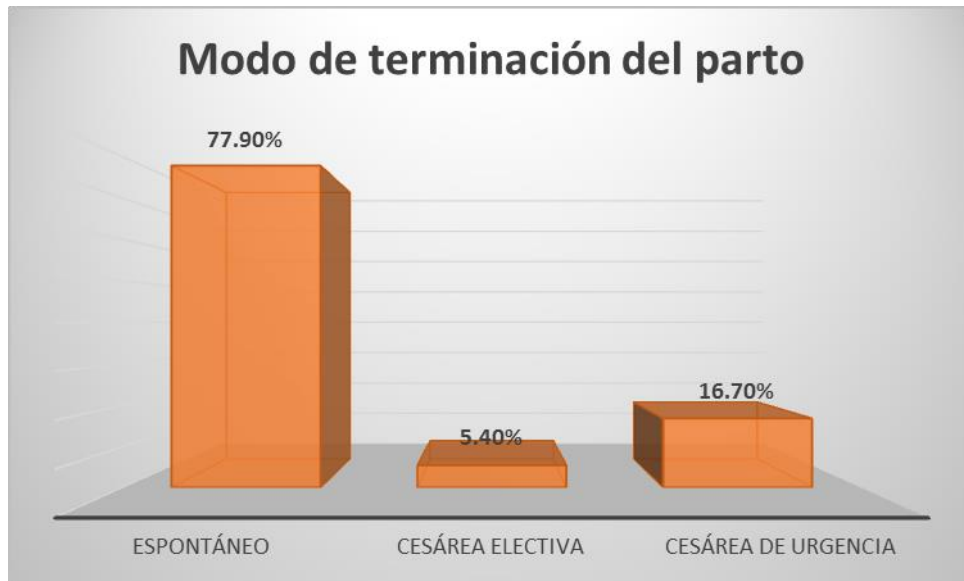
**Grafico No 18 Presencia de desgarro**



**Grafico No 19 Causa de inducción del parto**



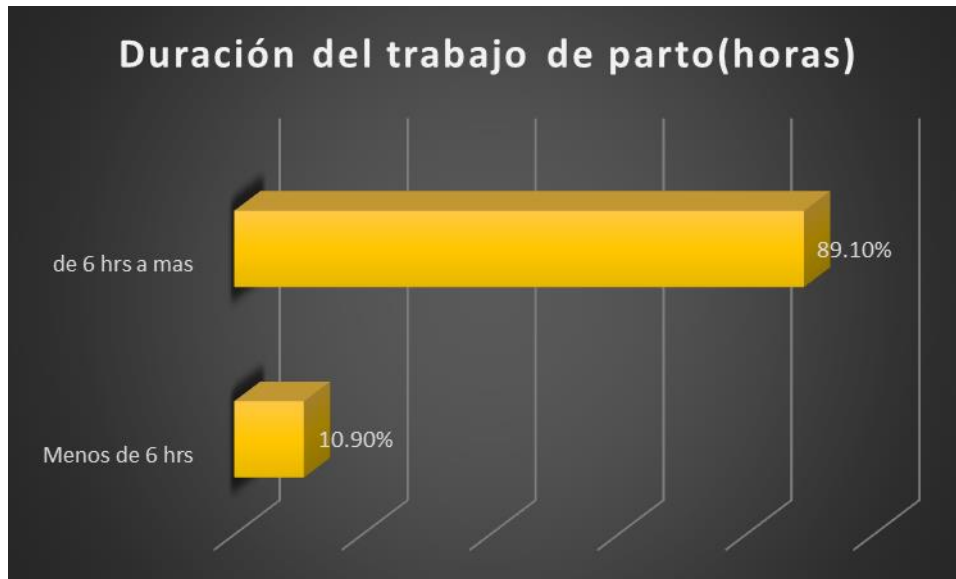
**Grafico No 20 Modo de terminación del parto**



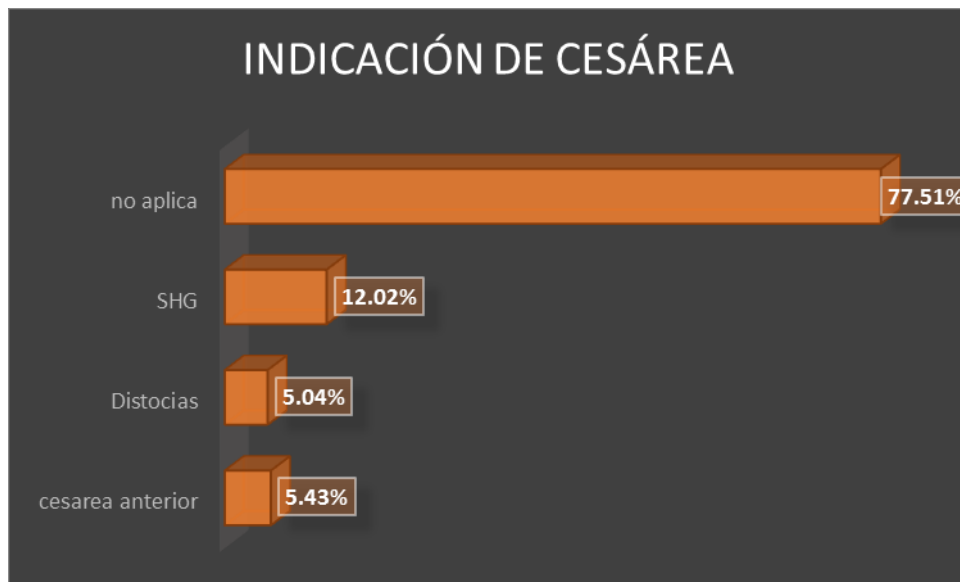
**Grafico No 21 Personal que realiza atención del parto**



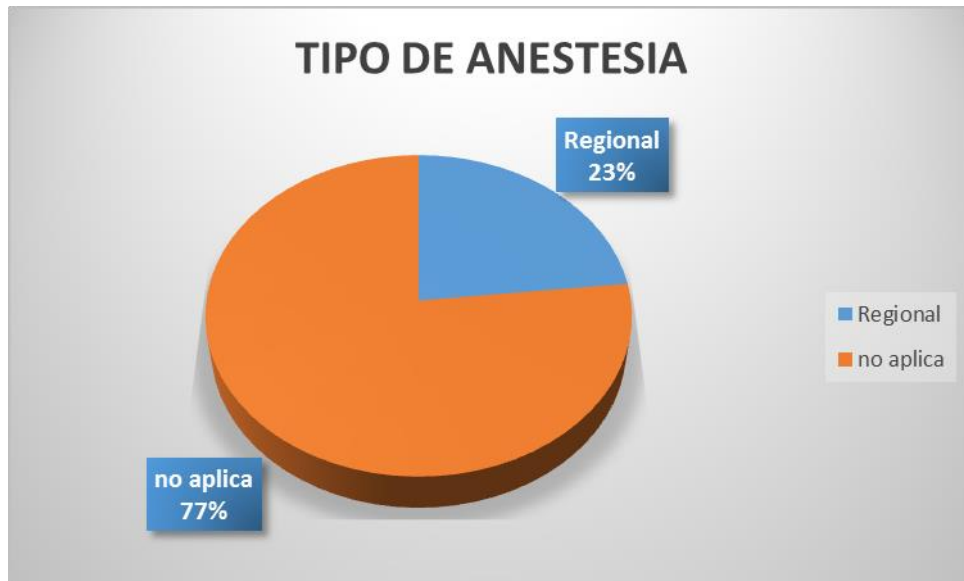
**Grafico No 22 Duración del trabajo de parto**



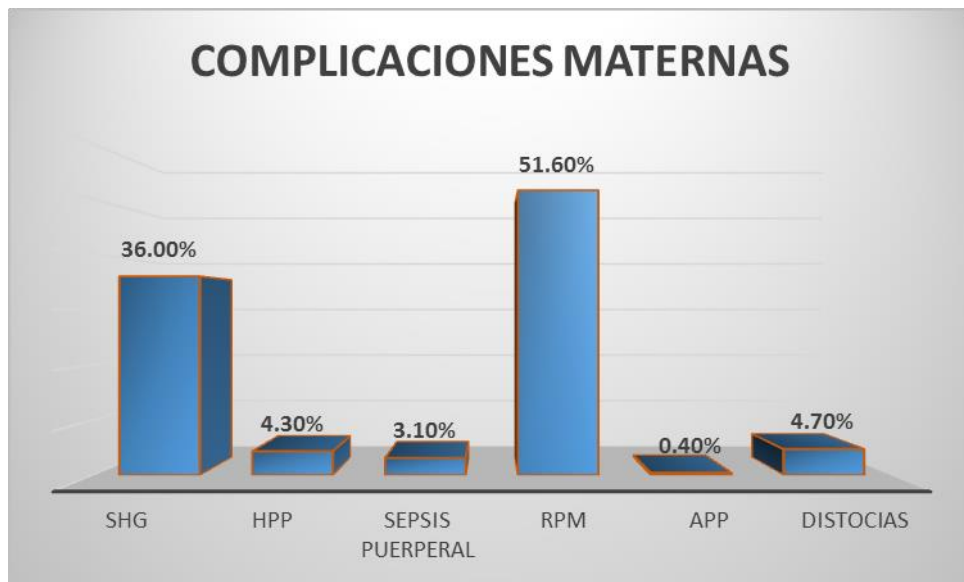
**Grafico No 23 Indicación de cesárea**



**Grafico No 24 Tipo de anestesia**



**Grafico No 25 Complicaciones maternas**



**Grafico No 26 Manejo de las pacientes**



**Grafico No 27 Días de estancia intrahospitalaria**



**Grafico No 28 Condición del egreso materno**

