



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2009-2011**



**INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD
PÚBLICA**

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL TERCER PERIODO DEL
EMBARAZO HOSPITAL CENTRAL MANAGUA
DR. CESAR AMADOR KUHL. JUNIO - AGOSTO 2010**

AUTORA: JEANINE SCARLETTE GUILLEN ARRIAZA, MD

**TUTORA
MSc. ZAIRA PINEDA
DOCENTE CIES**

Managua, marzo 2011

Resumen

Estudio realizado en el Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl, sobre las complicaciones obstétricas frecuentes en III periodo del embarazo, Junio- Agosto 2010.

Estudio descriptivo, serie de casos, retrospectivo, el tamaño de la muestra es igual al universo de estudio, 112 mujeres que presentaron complicaciones obstétricas durante el periodo en estudio. Se incluyeron a las mujeres que pertenecían al régimen de seguridad social, que se realizaron los controles prenatales en esta unidad de salud y que presentaron complicaciones obstétricas. La fuente de información utilizada fué secundaria (expedientes clínicos) y la técnica de recolección de información utilizada fue la de revisión documental. Se seleccionaron como variable dependiente: complicaciones obstétricas y 33 variables independientes. Se realizó cruce de variables, univariado, seleccionando las variables independientes de mayor importancia para el estudio. Para el tratamiento estadístico, procesamiento y análisis de datos se utilizó programas Epi-Info versión 3.5 y Microsoft Office Excel 2007.

El objetivo del estudio: Identificar las complicaciones obstétricas frecuentes en mujeres en el tercer periodo del embarazo junio-agosto del año 2010 en el Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl.

Conclusiones: El porcentaje de mujeres con complicaciones, supera aproximadamente en tres veces lo esperado según la literatura, más de la mitad de ellas terminaron en una cesárea de emergencia (68), es meritorio destacar la capacidad de respuesta de la unidad de salud, en ésta no hubo fallecimientos a pesar de la ocurrencia de complicaciones graves. Se encontró que en la mayoría de los casos no se realizó la clasificación del riesgo del embarazo según formulario OMS modificado, y no se realizaron todas las actividades orientadas para cada control prenatal en un tercio de las mujeres estudiadas.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a una persona muy especial que hizo posible uno de mis retos, apoyándome incondicionalmente en realizar esta maestría en Salud Pública para superarme como persona y como profesional, por la confianza depositada en mí, sabiendo que llegaría hasta el final y por su empeño en motivar a sus colaboradores para que continúen especializándose.

Por todo lo antes mencionado ofrezco mi tesis con inmedible gratitud al Dr. Álvaro Guerra Báez, Director General, Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl.

Agradecimientos

A Dios, sobre todas las cosas, por darme firmeza, sabiduría y permitirme llegar hasta el final.

A mi esposo y a mis hijos por su apoyo y comprensión por el tiempo que no pude dedicarles, gracias infinitas.

A mi madre y a mi padre por brindarme siempre su apoyo y motivarme para continuar formándome en el campo profesional.

Especial agradecimiento, al Licenciado Raúl Amador Torres por su apoyo incondicional que hizo posible alcanzar este logro.

A mi tutora Dra. Zaira Pineda, por su disposición incondicional y empeño para que culminara mi maestría.

A mis colegas y amigos Dra. Claudia Somarriba y Dr. Rodolfo Correa por su colaboración en el desempeño de mi trabajo mientras estudiaba.

A mis compañeras y amigas Vilma Gutiérrez, Yessenia Leiva, Ondina Olivas, Glenys Rodríguez y Maryuri Pérez, no sólo por haber formado un grupo de estudio sólido sino por haber cultivado nuevas amistades.

A los docentes del CIES que hicieron posible con su enseñanza y dedicación alcanzar la anhelada meta.

I. INTRODUCCION

En América Latina, la morbilidad y mortalidad materna son elevadas, en los países en desarrollo puede explicarse, entre otras causas, por las barreras de educación en el sexo femenino, el nivel de pobreza, la inestabilidad social y política y principalmente la elevada fertilidad en las mujeres de estos países. ⁽¹⁾

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo se presentan complicaciones durante estos procesos que pueden llegar a ser graves, ocasionando morbilidad, secuelas y en última instancia provocar muerte materna, del feto o del recién nacido. ⁽²⁾

La calidad de atención en los servicios de salud durante el control prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio es fundamental, la intervención realizada durante estos periodos es simple e importante para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. ⁽²⁾

Se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15% sufrirán una complicación obstétrica. Estas complicaciones ocurren en su mayoría de forma súbita, sin que se puedan prevenir ni predecir, por lo que se debe ampliar la existencia de los servicios de emergencia para salvar la vida de las mujeres. ⁽³⁾

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de muertes maternas, la hemorragia post-parto y pre-parto, tienen un tiempo promedio estimado de dos y doce horas respectivamente para que se produzca una muerte, la eclampsia de dos días, el parto obstruido (distócico) de dos días y la sepsis de aproximadamente seis días. ⁽³⁾

Se estima que en los países en vías de desarrollo del 20 al 60% aproximadamente los embarazos son no deseados, los adolescentes tienen escasa información sobre el uso de medidas anticonceptivas correctas. Las adolescentes embarazadas sufren problemas de tipo socio económico, determinados por una menor educación, dificultad para encontrar empleo, abandono de la pareja y mayor pobreza en la población. (4)

El riesgo de parto prematuro en las embarazadas adolescentes se ha determinado que es mayor mientras menor sea la edad de la paciente, el grupo más vulnerable está entre los 10 y 15 años, no existiendo diferencia entre las mayores de 16 años y las embarazadas adultas, además se encontró que existe mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas en las adolescentes de menor edad. (4)

Las complicaciones que se presentan durante el parto en este grupo de embarazadas son mayores, esto debido principalmente a falta de desarrollo en la pelvis materna lo que condiciona a desproporción céfalo pélvica, lo que constituye una causa importante de partos prolongados, uso de fórceps y cesáreas, además las adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné, todas estas complicaciones terminan influyendo también en la condición inmediata del recién nacido. (4)

La mortalidad materna es un indicador primordial del nivel de desarrollo de un país, en Nicaragua constituye uno de los principales problemas de Salud Pública que continúa siendo una consecuencia fatal de las complicaciones obstétricas. En las últimas décadas el Ministerio de Salud ha realizado un esfuerzo por disminuir las tasas de ésta, en 1999 se registró una tasa de 159 X 100.000 nacidos vivos, en el 2005 se registró una tasa de 119 X 100.000 nacidos vivos. (5)

En Nicaragua, las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio reportadas en el año 2004 fueron:

- Aborto 73%,
- Hipertensión gestacional 54%,
- IVU 50%,
- Hemorragia precoz del embarazo 37%,
- Sufrimiento fetal agudo 32%,
- Muerte por secuela obstétrica directas 32%,
- Sepsis puerperal 24%,
- Ruptura prematura de membranas 16%,
- Presentación anormal del feto 15%,
- Parto por cesárea 12%,
- Grupo etáreo más afectado fue el de 15 a 34 años.

Las complicaciones obstétricas y la baja calidad de atención en los servicios de salud, generan las principales causas de hospitalizaciones de embarazadas y neonatos, pudiendo llegar a desenlaces fatales como es la muerte materna. (5), 11)

Dentro de las principales complicaciones obstétricas que ingresan a la unidad de cuidados intensivos se encuentran más frecuentemente: Los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis puerperal, la coagulación intravascular diseminada, el choque hipovolémico (hemorrágico), la insuficiencia renal aguda y los fenómenos trombo embólicos entre otros. (5), 11)

La mayoría de los daños y riesgos obstétricos para la salud materna y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados, siendo importante considerar el enfoque de riesgo y la realización de actividades primordialmente preventivas y la eliminación de prácticas que llevadas a cabo rutinariamente aumentan el riesgo de sufrir

complicaciones obstétricas, a partir, de lineamientos básicos se contribuye a reducir los riesgos que se pueden asociar a las intervenciones de salud (5)

En el presente trabajo se pretendió conocer las complicaciones obstétricas que se presentaron durante el tercer periodo del embarazo, junio – agosto del año 2010 en el Hospital Central Managua, Dr. Cesar Amador Kuhl.

II. ANTECEDENTES

Se han realizado en hospitales de atención materno infantil de Nicaragua una serie de estudios sobre complicaciones obstétricas y perinatales, encontrando como antecedentes a este estudio los siguientes:

Mario Torres Malespín, realizó un estudio analítico de tipo casos y controles, retrospectivo, acerca de factores de riesgo materno asociados con el desarrollo de asfixia perinatal severa en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Managua, enero a septiembre del 2002 con el objetivo de establecer asociación causal entre estos factores y la asfixia severa. (6)

Se designaron un total de 40 casos de asfixia perinatal severa y 120 controles en una proporción de 3 controles por cada caso. Los casos para ser incluidos debían de cumplir dos o más de los siguientes parámetros: APGAR al minuto ≤ 3 y a los 5 minutos ≤ 6 , datos de sufrimiento fetal agudo, manifestaciones de encefalopatía Hipoxica isquémica y aspiración de meconio. Como criterios de inclusión de los controles se tomó parámetros como: el haber nacido en el mismo día, mes y por la misma vía que los casos además que no debían haber desarrollado asfixia. (6)

Iván Guadamuz Aguirre, realizó estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, en el periodo de junio del 2001 a julio del 2002, en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Nicaragua, sobre complicaciones feto maternas, tuvo como objetivo conocer el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años y los resultados del producto, así como las complicaciones presentadas. Se estudiaron 398 pacientes que acudieron al servicio de emergencia y consulta externa y que fueron ingresadas por presentar complicaciones del embarazo. (7)

Las complicaciones obstétricas más frecuentes encontradas fueron: Síndrome hipertensivo gestacional con 30.2%, ruptura prematura de membranas con 15.5%, nacimientos terminados en cesárea el 54.3%, asfixia perinatal 17.9% y

macrosómicos el 13.1%. El embarazo en mujeres mayores de 35 años tiene una alta incidencia de pre eclampsia, ruptura prematura de membranas, diabetes, macrosomía fetal y bajo peso al nacer, mayor número de cesáreas, asfixia neonatal, óbitos y abortos, además hemorragias del postparto. (7)

Ivania Sequeira Mejía, realizó estudio en Nicaragua, sobre el Manejo expectante de la pre eclampsia severa en embarazos lejos del término en el servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque, julio a diciembre 2003. Se estudiaron un total de 162 pacientes ingresadas en este servicio, el estudio fue descriptivo observacional, de corte transversal. (8)

La mayoría de las mujeres se encontraba en edades entre los 20 a 29 años (56.7%), procedentes de área urbana (90.1%), con educación primaria (56%), amas de casa (59.5), de estado civil acompañadas (74%). Antecedentes ginecológicos que presentaron: eran primigestas (38.8), nulíparas (46.2%). Los principales factores predisponentes encontrados en el síndrome hipertensivo gestacional según frecuencia: nuliparidad (17.2), infección de vías urinarias (9.8%) y obesidad (9.8%). El manejo farmacológico utilizado frecuentemente fue la asociación de antihipertensivos (hidralazina y alfametil dopa), corticoides (dexametazona) y sulfato de magnesio (35.2%) de los casos. Se logró prolongar los embarazos lejos del término desde 1 hasta 7 días en el 51.8%, la mayoría de las pacientes evolucionaron a partos, de estos el 70.4% por vía vaginal. (8)

Las principales complicaciones obstétricas encontradas durante el estudio fueron: hipertonía uterina, pre eclampsia severa refractaria al tratamiento e inminencia de eclampsia. Ante los hallazgos descritos se recomendó la normatización del manejo conservador en embarazos lejos del término, garantizar vigilancia estricta durante la hospitalización y de esta forma garantizar disminución de morbi mortalidad perinatal. (8)

L. Domínguez y P. Vigil – De – Gracia, realizaron estudio en Panamá sobre un factor de riesgo que demostró conllevar a complicaciones obstétricas, es el periodo intergenésico corto, las patologías obstétricas y neonatales con las que se encontró relación fueron: pre-eclampsia, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta normoincorta, óbito fetal, sufrimiento fetal agudo, parto pre termino, placenta previa, ingreso en cuidados intensivos neonatales y muerte perinatal. (9)

Se encontró que un periodo intergenésico entre 25 y 48 meses es un factor protector para el desarrollo de complicaciones obstétricas y neonatales, en cambio un periodo intergenésico menor o igual a 24 meses es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones como parto pre termino, mayor ingreso a cuidados intensivos neonatales, muerte perinatal y un periodo intergenésico mayor o igual a 49 meses es un factor de riesgo para desarrollar pre eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y para culminar un embarazo por cesárea. El periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas fetales es de 25 a 48 meses. (9)

Angélica Díaz, Pablo Sanhueza y Nicole Yaksic, realizaron estudio retrospectivo y comparativo en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Salvador, en relación a los riesgos obstétricos y perinatales en el embarazo de adolescentes y embarazadas adultas. (4)

Es importante mencionar que la escolaridad de las madres adolescentes es inferior al de la población en general, aproximadamente el 47% de estas estudiaban al momento de la concepción. (4)

También se analizaron los factores psicosociales, numerosos estudios han concluido que la aparición de un embarazo en adolescentes está influenciada por un problema psicosocial. Se ha demostrado que ejecutando programas de control destinados a adolescentes embarazadas especialmente se mejoran los resultados

maternos y perinatales de éstas, en relación a las embarazadas adultas estas no presentan mayor riesgo. Se concuerda que debe mejorarse el ambiente social de los adolescentes si se pretende prevenir el embarazo, actividad que debe ser promovida por los sistemas de salud a nivel de la población. (4)

III. JUSTIFICACION

La mujer desempeña un papel fundamental en la familia y la comunidad por lo que se tiene el compromiso de garantizar su seguridad, el personal de salud que labora en función de la atención de las mujeres embarazadas, tiene la responsabilidad y el deber de realizar esfuerzos brindando una atención humanizada y con calidad.

Los riesgos y daños obstétricos pueden ser prevenidos, detectados y tratados oportunamente, realizando en el Hospital Central Managua actividades de promoción, prevención y tratamiento eficaz al presentarse una complicación del embarazo mejorando así la salud materna.

El Hospital Central Managua, es una institución prestadora de servicios de salud, de fácil acceso, que cuenta con capacidad instalada para su demanda, capital humano calificado, insumos médicos y no médicos disponibles e instrumentos para su aplicación durante los controles prenatales, creados por el Ministerio de Salud (Normas y Protocolos) con el fin de proveer una debida atención materna.

Se realizó el presente estudio, porque se presentaron complicaciones obstétricas en esta institución teniendo garantizados los recursos para brindar atención a este grupo vulnerable de mujeres.

Se contribuye además, a la reducción de las complicaciones obstétricas en el futuro y brindar a las mujeres la satisfacción de tener una maternidad segura, con menos riesgos, gozando de recién nacidos sanos.

Se aporta además, al esfuerzo realizado por Nicaragua como país en el cumplimiento del quinto Objetivo del Milenio (ODM), que es reducir la mortalidad materna, el que se intenta alcanzar en el año 2015.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta principal del estudio es:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo en el Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl, entre junio – agosto del año 2010?

Para ello responderla se plantean las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son los factores potenciales presentes en mujeres con complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo?
2. ¿Cuáles son los factores reales presentes en mujeres con complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo?
3. ¿Cuál es el cumplimiento de las normas del control prenatal por el personal médico del Hospital Central Managua?
4. ¿Cuál es la evolución de las complicaciones obstétricas más frecuentes en las mujeres en estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo en el Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl, de junio - agosto del año 2010

Objetivos específicos

1. Identificar la presencia de factores potenciales presentes en mujeres con complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo.
2. Identificar la presencia de factores reales presentes en mujeres con complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo.
3. Verificar el cumplimiento de normas del control prenatal por el personal médico del Hospital Central Managua.
4. Describir la evolución de las complicaciones obstétricas más frecuentes en las mujeres en estudio.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Existen factores de riesgo de morbilidad materna severa que son importantes de mencionar, debido a que se ha establecido que por 30 casos de complicaciones obstétricas directas puede existir un caso de muerte materna. Entre estos factores se pueden mencionar los más frecuentes: Edad mayor de 34 años, raza no blanca, exclusión social, historia previa de hemorragia postparto, embarazo múltiple, hipertensión, diabetes mellitus, cesárea de emergencia y anemia. (1) (10)

Complicación Obstétrica: Cualquier suceso que ocasiona discapacidad, morbilidad o muerte en la mujer embarazada, asociado o agravado por el embarazo mismo o por la atención médica.

El embarazo se divide en tres periodos o trimestres:

El primer trimestre, que inicia desde la fecundación hasta las 12 semanas de gestación. (10)

El segundo trimestre, inicia desde las 13 a las 25 semanas de gestación. (9)

El tercer trimestre, que se extiende desde las 26 hasta las 38 semanas de gestación.

Factor de riesgo:

Es la probabilidad aumentada que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir influenciada por características o condicionantes, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados. (10)

Para clasificar el tipo de embarazo y aplicar la conducta a seguir en las atenciones pre natales, se definen a continuación los tipos de factores de riesgo según su asociación con el daño que producen. (10)

Factores de riesgo potenciales: Son aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tratarse de forma oportuna podrían convertirse en factores de riesgo reales. ⁽¹⁰⁾

Entre estos se encuentran:

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor de 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress).
- Violencia en el embarazo. (10)

Factores de riesgo reales: Son aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles, como ejemplo algunas patologías específicas como la pre eclampsia, diabetes, anemia, etc. ⁽¹⁰⁾

Se dividen en antenatales y propias del embarazo:

Antenatales

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Tuberculosis
- Nefropatías
- Cardiopatías
- Hepatopatías
- Endocrinopatías
- Trastornos psiquiátricos
- Infecciones de transmisión sexual/VIH-SIDA

- Varices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción
- Factor Rh (-)
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).

Propias del embarazo

- Hiperémesis gravídica no controlable
- Antecedentes de aborto y muerte fetal ante parto
- Anemia
- Infección de vías urinarias
- Poca o excesiva ganancia de peso
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Embarazo múltiple
- Hemorragia
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de membranas
- Enfermedades endémicas y embarazo
- Psicopatologías
- Personas con VIH
- Infección Ovular
- Presentación pélvica y situación transversa después de 36 semanas de gestación
- Rh negativo sensibilizado
- Embarazo prolongado
- Diabetes en el embarazo
- Cesárea anterior
- Adolescentes con riesgos activos
- Macrosomía fetal
- Alcoholismo y drogadicción.

El embarazo según el riesgo se clasifica en:

Embarazo de bajo riesgo: Es aquel en el que la madre o su hijo/a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

Embarazo de alto riesgo: Es aquel en el que la madre o su hijo/a tienen una probabilidad mayor de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. ⁽¹⁰⁾

El embarazo se clasifica además de acuerdo al tipo de atención prenatal que se efectuará:

Atención prenatal de bajo riesgo: Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos) que no producen alteraciones al estado de salud materno, su hijo/a o ambos. ⁽¹⁰⁾

Atención prenatal de alto riesgo: Es la atención que se brinda a embarazadas en las que se identifican durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo, según Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB (ver anexos). ⁽¹⁰⁾

La aplicación de Normas y Protocolos tiene el objetivo de estandarizar las técnicas de atención prenatal que se brindarán a las embarazadas con el fin de realizar vigilancia del proceso de la gestación, prevenir, detectar, tratar o anular factores de riesgo, iniciar manejo oportuno de las complicaciones y referir a nivel de mayor resolución cuando corresponda. ⁽¹⁰⁾,

La población en la que se aplicarán las Normas y Protocolos serán todas las embarazadas que asistan a demandar atención en unidades de salud públicas y privadas. ^{(10), 12}

Se orienta, según las normas y protocolos que en la atención prenatal de bajo riesgo se realicen cuatro atenciones programadas, esto permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. ⁽¹⁰⁾

La primera atención prenatal debe realizarse por el especialista en Gineco obstetricia y debe de tener una duración de 30 a 40 minutos. ⁽¹⁰⁾

Los controles prenatales subsiguientes los puede realizar personal de salud capacitado (si no son embarazos de alto riesgo) y debe de estimarse una duración de aproximadamente 20 minutos como mínimo. ⁽¹⁰⁾

La captación, debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre del embarazo. (Antes de 12 semanas de gestación). ⁽¹⁰⁾

La captación tardía, atribuye a realizar todas las actividades correspondientes a los controles anteriores además de las que se deban realizar en el periodo actual del embarazo. ⁽¹⁰⁾

Existen actividades a realizar durante el control prenatal, relacionadas con el objetivo del cuidado prenatal. ^{(10), (11)}

Para que el embarazo tenga buena evolución y término, se debe garantizar:

- El estudio de condiciones socio económicas y detección de patologías que aumentan la posibilidad de complicaciones para la embarazada y su hijo/a.
- Vigilancia del crecimiento y de la vitalidad fetal, disminución de síntomas menores asociados al embarazo.
- Educación a las embarazadas sobre las emergencias que puedan ocurrir durante el embarazo y como identificarlas, su preparación para el parto y el puerperio.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas. ^{(10), (11)}

La atención prenatal, es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, vigilancia de la evolución del embarazo y el logro de una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. ⁽¹⁰⁾

La atención prenatal debe de ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. ⁽¹⁰⁾

Precoz: Cuando la primera atención se efectúa durante los tres primeros meses del embarazo.

Periódica: Se refiere a la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a una unidad de salud.

Continua: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.

Completa: Cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud de la embarazada.

Amplia cobertura: Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta es del 100%.

Calidad: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación de los protocolos.

Existen 23 actividades básicas ⁽⁹⁾ que deben cumplirse en todas las atenciones prenatales que a continuación se detallan:

No.	ACTIVIDADES
1	Llenado completo de Formulario de clasificación y HCPB, de carné perinatal y expediente
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)
3	Clasificación de embarazo de bajo o alto riesgo
4	Toma de signos vitales (presión arterial y peso de la embarazada)
5	Talla de la embarazada
6	Examen físico general
7	Examen obstétrico (medir altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, situación

	y presentación fetal)
8	Cálculo de la edad gestacional
9	Aplicación de vacuna antitetánica (refuerzo o primera dosis)
10	Indicar prueba de hemoglobina
11	Indicar glicemia
12	Prescribir prueba de sífilis y proporcionar información sobre la enfermedad
13	Indicar prueba de ITS/VIH-sida y proporcionar información sobre la enfermedad
14	Realización de bacteriuria y proteinuria
15	Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh
16	Entrega de suplementos de hierro y ácido fólico.
17	Entrega de Albendazol.
18	Entrega de calcio 2 grs. diario a partir de las 20 semanas.
19	Entrega de Aspirina, de 81 mg diario después de las 20 semanas.
20	Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo
21	Instrucciones para el parto / plan parto
22	Consejería en lactancia materna exclusiva y planificación familiar
23	Detección y referencia de presentación pélvica o transversa del feto.

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La enfermedad hipertensiva que se presenta durante el embarazo puede ser producida por cualquiera de las causas conocidas de hipertensión arterial, se conoce como toxemia del embarazo, siendo un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, con manifestaciones clínicas generalmente después de las veinte semanas y caracterizada por hipertensión y proteinuria. (12)

Límites de presión arterial para la hipertensión leve y moderada:

1. Una presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg, obtenida en cualquier toma única durante el embarazo.
2. Una presión arterial diastólica igual o mayor de 90 mmHg, obtenida en dos o más tomas consecutivas, con un intervalo de cuatro horas o más.

Límites de presión arterial para la hipertensión arterial severa son:

1. Una presión arterial diastólica igual o mayor a 120 mmHg, obtenida en cualquier toma única durante el embarazo.
2. Una presión arterial diastólica igual o mayor a 110 mmHg, en dos o más tomas consecutivas, con un intervalo de 4 horas o más.

Proteinuria:

Depende de muchos factores, como el volumen urinario, la concentración de solutos o el PH. Se aconseja obtener muestras de orina de 24 horas cuando se encuentre una proteinuria alta en una muestra de orina aislada. Se acepta como proteinuria: ⁽¹²⁾ .

1. 1 gr de albumina por litro o dos cruces (++) medidas con cintas en una muestra de 24 horas: 300 mg por litro o más.
2. 300 mg de albumina por litro o una cruz (+) medida con cinta, en dos muestras simples, obtenidas en la mitad de la micción o por cateterismo, con un intervalo de 4 horas o más.

Clasificación de estados hipertensivos: Se clasifican en A, B y C

Grupo A

1. Hipertensión gestacional
2. Proteinuria gestacional
3. Hipertensión proteinúrica gestacional o pre-eclampsia
4. Eclampsia: anteparto, intraparto y postparto

Grupo B

1. Hipertensión crónica
2. Enfermedad renal crónica
3. Hipertensión crónica con pre-eclampsia sobre agregada

Grupo C

1. Hipertensión y/o proteinuria no clasificadas

Pre-eclampsia

Es aquella en la que se desarrollan ambos signos (hipertensión y proteinuria), esta puede ser moderada o severa.

Eclampsia

Es la aparición de convulsiones tónico clónicas generalizadas, no causadas por epilepsia u otros cuadros convulsivos, en una paciente de este grupo. Esta patología se ha vuelto infrecuente en los países desarrollados, ya que puede prevenirse en alto grado mediante un adecuado control prenatal. Sin embargo, su frecuencia relativamente alta en el mundo subdesarrollado hace importante que se clasifique en este grupo. ⁽¹²⁾

Conducta a seguir:

En la hipertensión proteinúrica gestacional grave, feto inmaduro y retardo del crecimiento fetal se debe realizar:

- Prevención de convulsiones
- Control de presión arterial
- Parto espontáneo u operación cesárea según el estado del feto y/o de la madre

Hipertensión proteinúrica gestacional grave y feto maduro:

- Prevención de convulsiones
- Control de presión arterial
- Parto inducido u operación cesárea, sin tener en cuenta ningún otro factor.

Síndrome de HELLP

Una complicación grave que puede presentarse antes del parto, usualmente en el tercer periodo del embarazo o en el postparto, en el rango comprendido entre 4 al 16% de las pacientes preeclámplicas es el Síndrome de HELLP (siglas en inglés que describen los hallazgos del cuadro: hemólisis (H), enzimas elevadas (EL) y plaquetopenia (LP)).

La mortalidad perinatal y materna se eleva considerablemente cuando se presenta este síndrome; en la madre ocurre coagulación intravascular diseminada, edema cerebral, insuficiencia renal aguda, edema de pulmón y ruptura de hígado.

Para mejorar estos malos resultados el tratamiento único efectivo es la interrupción de la gestación. En el producto causa: muerte fetal, retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad. ⁽¹²⁾

Infecciones

Infección de vías urinarias

Es la patología concomitante con la gestación más frecuentemente observada.

Según su gravedad y la presencia de la sintomatología se dividen en tres entidades clínicas;

1. La bacteriuria asintomática
2. La uretritis y cistitis
3. La pielonefritis aguda y crónica

La etiología y fisiopatología son comunes a todas estas formas clínicas de infección del tracto urinario.

Etiología, en el 80 al 90% de los casos son producidos por E. Coli (germen gram negativo), también se aíslan gérmenes grampositivos como: Staphylococcus aureus y menos frecuentes las infecciones ocasionadas por Proteus, Aerobacter y Chlamydia trachomatis.

Alrededor del 30% de las mujeres que desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratar desde el comienzo del embarazo desarrollan una infección sintomática con el progreso del mismo.

Tiene asociación con una mayor incidencia de aborto habitual, partos prematuros y de pre eclampsia en este grupo de mujeres. ⁽¹²⁾

Pielonefritis

Pielonefritis aguda

Infección del tracto urinario que compromete al parénquima renal, cuya sintomatología clínica se manifiesta en algún momento del embarazo.

La pielonefritis aguda, se presenta en un rango del 2 al 4% de las gestantes. Presenta síntomas claros para establecer diagnóstico clínico presuntivo. Esta junto con la cistitis, es la infección del tracto urinario más frecuentes observadas en las embarazadas.

Es común su aparición a partir del segundo trimestre, con cefaleas, escalofríos, dispepsias, constipación, lumbalgias, dolor en ingle, dolor en epigastrio, disuria, polaquiuria, ardor y dolor miccional, dolor en la región hipogástrica y tenesmo vesical.

En relación a su influencia sobre el embarazo, aproximadamente el 20% de las embarazadas con pielonefritis aguda y fiebre se desencadena trabajo de parto prematuro.

El tratamiento debe ser orientado hacia la utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos menos nocivos para la progresión de la gestación así como los menos tóxicos para el feto. ⁽¹²⁾

Anemia

La necesidad de abastecer el nuevo territorio hemático originado por la placenta provoca durante la gravidez, una elevación progresiva del volumen sanguíneo, a expensas del plasma que comienza a partir de la décima semana hasta la 30 a 34 semanas, estabilizándose luego hasta el término. El hierro es uno de los elementos orgánicos más difícil reposición. Es por ello que existen importantes depósitos de hierro en el organismo y delicados mecanismos de recuperación.

En mujeres bien nutridas, esta movilización de hierro es suficiente, pudiendo reducirse los valores de hemoglobina hasta 11gramos, pero en embarazadas con depósitos escasos de hierro se producirá el cuadro de anemia hipocrómica.

El 30 % de las embarazadas no tienen reservas de adecuadas de hierro. ⁽¹²⁾

Influencia de las anemias sobre el embarazo

Dependerá del grado y tipo de anemia. Se considera como embarazo de alto riesgo aquel en que las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11 gramos y el hematocrito se encuentra por debajo de 32%.

Puede provocar, retardo del crecimiento intrauterino en 20% de los fetos y partos prematuros. Concentraciones de hemoglobina menores a 6 gramos elevan al doble las cifras de mortalidad perinatal.

Hay un incremento en la incidencia de pre eclampsia e infecciones de vías urinarias, el riesgo de infecciones puerperales es tres veces mayor. Se eleva el índice de desprendimiento de placenta.

Las anemias graves repercuten desfavorablemente en las afecciones cardiacas y en la insuficiencia pulmonar. ⁽¹²⁾

Sufrimiento fetal agudo

Existen dos formas de sufrimiento fetal, aguda y crónica. La forma crónica se caracteriza por una disminución del crecimiento del feto debido al aporte insuficiente, en forma prolongada, de los materiales necesarios para su desarrollo. La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. Se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto (hipoxia) asociada a la retención de anhídrido carbónico en el mismo. De esta forma se produce la asfixia en el feto, se describe que el 2% de los nacidos a término y del 10% al 12% de los recién nacidos pre término presentan depresión respiratoria severa. ⁽¹²⁾

Hemorragias post parto

Se denomina así a la pérdida sanguínea en cantidad mayor a los 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto y ocurre entre el 5% y el 10% de los partos. Puede llegar a constituir uno de los procesos más serios sino el más grave de los que afectan a la madre en el estado grávido puerperal.

La cantidad de sangre que puede perder una mujer en el momento inmediato al parto sin alterar su economía es variable, dependiendo de su estado físico anterior y de la velocidad y cantidad de la sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una mujer requiere intervención activa, estará determinada por la evaluación no solo de la misma sino de la paciente en su conjunto. ⁽¹²⁾

La hemorragia puede ser externa, o sea cuando la sangre fluye al exterior (más frecuente), lo que hace más fácil el diagnóstico. Cuando es interna, se colecciona en el interior del útero, el que se distiende hasta adquirir un volumen mayor que el normal y puede salir en forma de grandes coágulos o sangre líquida. Además, puede presentarse de forma mixta, exteriorizándose una parte mientras la otra se acumula en el útero.

Al mismo tiempo la paciente presenta el cuadro de Shock hemorrágico, presentando palidez, sudoración, polipnea, a los que se suman dos signos capitales: **Hipotensión y taquicardia**, los que pueden alcanzar grados extremos.

Las causas más frecuentes de Hemorragia Post Parto (HPP) son:

Antes de la expulsión de la placenta se encuentran las distocias dinámicas: Inercia y Anillos de contracción. Distocias anatómicas: Adherencia anormal de la placenta (acretismo placentario) y las Lesiones de las partes blandas.

Después de la expulsión de la placenta se encuentran: La retención de restos placentarios, Inercia del alumbramiento y los Defectos de la Coagulación. ⁽¹²⁾

Coagulación Intravascular Diseminada

Se denomina así a la hemorragia por fibrinogenopenia, causada por la disminución del fibrinógeno circulante por debajo de sus niveles críticos.

Incoagulabilidad sanguínea de causa obstétrica

El accidente hemorrágico que se produce por Incoagulabilidad sanguínea se presenta como la culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variados, que tienen como común denominador un periodo final de la hemorragia de sangre que no coagula y que al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene **evolución fatal**.

Es importante señalar que ésta puede suceder a un parto que hasta ese momento no haya presentado manifestaciones patológicas.

El pronóstico de esta patología es generalmente grave y depende fundamentalmente de la severidad del cuadro que la desencadena, de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento que se instituya oportunamente. ⁽¹²⁾

Shock Hipovolémico

Es un estado agudo de insuficiencia circulatoria con déficit de la perfusión capilar tisular, que lleva a las células a una situación de hipoxia con graves consecuencias metabólicas.

Se clasifica en:

- I. Shock Hipovolémico (disminución real del volumen sanguíneo)
- II. Shock cardiogénico (falla de la bomba)
- III. Shock vascular (vasogénico)

El tratamiento dependerá de su etiología y sintomatología, del tiempo transcurrido desde el inicio del shock, de su gravedad e intensidad y del estado general de la paciente. ⁽¹²⁾

Sepsis Puerperal

Se denomina sepsis puerperal cuando los gérmenes invaden el sistema circulatorio y se multiplican en el mismo. La sepsis puerperal primitiva se debe en la mayoría de los casos, a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo, se inicia a las 24 horas post parto, con intenso escalofrío, fiebre que asciende a los 40 grados centígrados, de tipo continuo, pulso acelerado y hay toma del estado general rápidamente, la fascie se altera con la misma rapidez, hay palidez mucocutánea, deshidratación y labios trémulos, extremidades cianóticas. Desafortunadamente son excepcionales los casos que salen con éxito, aun con tratamientos enérgicos y bien instaurados, ya que la mortalidad por esta causa suele presentarse entre el 5 y 8 día de iniciado el cuadro, precedidos por delirios, diarrea tóxica y disnea intensa.

La sepsis puerperal secundaria sobreviene, a menudo, en la evolución grave de la endometritis y de la tromboflebitis supurada.

En estos casos es fundamental establecer el diagnóstico etiológico, confirmándolo a través de hemocultivo y antibiograma para su uso adecuado de antimicrobianos. A pesar de un tratamiento oportuno son excepcionales las pacientes que sobreviven. ⁽¹²⁾

Anomalías de las Membranas Feto Oculares

Polihidramnios

Es un síndrome que se caracteriza por el aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico. La cantidad normal oscila entre 300 y 900 ml. Se considera el Polihidramnios cuando ésta excede los 2000 ml en los embarazos a término o los 1000 ml a las 20 semanas de gestación.

La frecuencia de este cuadro es de 1% y se sabe poco del mecanismo que lo produce. Generalmente se produce el parto antes de que el feto alcance la

viabilidad o si no el cuadro es de tal gravedad que hace indispensable una intervención.

Oligoamnios

Es un síndrome que se caracteriza por presentar una cantidad de líquido amniótico que no excede los 300 ml, se observa en el 4% de los partos.

La causa también es desconocida, está frecuentemente vinculado a anomalías congénitas del aparato renal del feto, retardo del crecimiento intrauterino y otros.

Ruptura Prematura de Membranas

Se denomina cuando ocurre antes del inicio del trabajo de parto.

La frecuencia de la ruptura prematura de membranas oscila alrededor del 10% al 15% en las mujeres gestantes.

La ruptura prematura de membranas aumenta la morbimortalidad a expensas de la infección. La frecuencia y la gravedad de ésta se encuentra estrechamente vinculada al tiempo de haberse producido la misma, cuando excede las 24 horas el riesgo se incrementa significativamente. ⁽¹²⁾

Marco legal de referencia.

Objetivos de Desarrollo del milenio (ODM)

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio, los países miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio, que contiene un conjunto de metas para el desarrollo, incluido el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza.

Una de las ocho metas es reducir la muerte materna en 75% para el año 2015, partiendo de las cifras de 1990. ⁽¹³⁾

Quinto ODM, es Mejorar la Salud Materna, teniendo metas e indicadores para alcanzarlos:

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. ⁽¹³⁾

Indicadores:

Tasa de mortalidad materna

Porcentajes de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. ⁽¹³⁾

Indicadores:

Tasa de uso de anticonceptivos

Tasa de natalidad entre las adolescentes

Cobertura de atención prenatal

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Ley General de Salud

Las Normas y Protocolos de atención se fundamentan en la Constitución política de la República en el capítulo V, Arto. 74, Derechos de la Familia, la mujer tendrá especial atención durante el embarazo. ⁽¹⁴⁾.

TITULO IV, De las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, Capítulo III, Sección I, De las Prestaciones en Salud del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

Arto. 45. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social deberá garantizar a sus cotizantes y beneficiarios, un conjunto de prestaciones de servicios de salud, entre otras: enfermedad común y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional en las diferentes fases de prevención, promoción, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación, conforme a lo previsto en la Ley de Seguridad Social.¹⁶

TITULO VII, Modelo de Atención Integral en Salud, Capítulo II, Organización del Modelo de Atención Integral en Salud.¹⁶

Arto. 49, Para el primer nivel de atención, se define el siguiente paquete básico de servicios de salud a los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, así como el ambiente, el que deberá contener acciones en los siguientes ámbitos:

1. Atención prenatal, parto y puerperio.
6. Atención de emergencias medicas.

Arto. 52, Corresponde al segundo nivel de atención las actividades y acciones de atención ambulatoria especializada que complementen las realizadas en el primer nivel de atención, así mismo las dirigidas a pacientes internados para diagnóstico y tratamiento.¹⁶

TITULO VIII, Proveedores de servicios de salud, Capítulo VII.

De los Hospitales,

Arto. 96, Los hospitales tienen las siguientes funciones:

1. Organizar y ejecutar la gestión hospitalaria en función de la Política Nacional de Salud.¹⁶
4. Elaborar y ejecutar planes y programas de educación permanente, capacitaciones y desarrollo de sus recursos humanos en salud y actualizarlos científica y tecnológicamente.¹⁶
6. Ejecutar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios.¹³
8. Garantizar la seguridad de los usuarios, velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.¹⁶

TITULO IX, Sistema de Garantía de calidad, Capítulo I.

Arto. 119, El sistema de garantía de calidad, está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo.¹⁶

Arto. 123, El sistema de garantía de calidad se organizará en dos niveles:

1. Nivel normativo conformado por los aspectos técnico - administrativos del proceso de garantía, manuales para la provisión de servicios, regulaciones y otras disposiciones que el MINSA establezca.¹⁶

2. Nivel operativo se encuentra determinado por las acciones y actividades relacionadas con su implementación.¹⁶

Política Nacional

Lineamiento de la Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional que tiene una relación estrecha con la salud materna y perinatal.
(15)

Desarrollo integral de los Recursos Humanos del sector salud (Lineamiento número 8)

La política de Recursos Humanos se fundamenta en el desarrollo del Talento Humano, como eje indispensable para la transformación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios institucionales y objetivos de la Política Nacional de Salud. Los recursos humanos constituyen el factor más decisivo para la generación de los cambios hacia un sistema de salud eficaz, eficiente y con enfoque humanizado en la atención a la población.¹⁷

Como Estrategias de Desarrollo en Salud a través de las cuales se implementará la Política Nacional de Salud, se encontraron relacionadas a este estudio las siguientes:

Fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención con un enfoque multisectorial y social que asegure su eficacia y efectividad. (Estrategia No. 9).

Desarrollo de las CMP-MINSA como eje del nuevo funcionamiento del modelo previsional. (Estrategia No. 11).¹⁷

Desarrollo del Instituto Nacional de Salud Pública para la atención de los principales problemas de salud prevalentes en el país.¹⁷

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) Tipo de estudio

Se realizó estudio descriptivo, serie de casos, efectuado en grupo de mujeres que presentaron complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, durante los meses junio – agosto 2010.

b) Universo

El universo, fueron 112 mujeres embarazadas que ingresaron al hospital en el tercer trimestre del embarazo y que sufrieron complicaciones obstétricas, durante el período en estudio.

c) Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es igual al universo del estudio, se estudiaron todos los casos encontrados de mujeres que presentaron complicaciones en el tercer periodo del embarazo entre los meses junio - agosto del 2010. Alcanzando un total de 112 pacientes.

d) Unidad de análisis

La unidad de análisis estudiada, fueron los expedientes clínicos de mujeres que presentaron complicaciones obstétricas durante el tercer periodo del embarazo, entre junio – agosto del 2010.

e) Criterios de selección

Inclusión: Todas las mujeres aseguradas y beneficiarias del régimen INSS, que presentaron complicaciones durante el tercer periodo del embarazo, se realizaron control prenatal en el Hospital Central Managua y se ingresaron en el servicio de hospitalización durante junio – agosto del 2010.

f) Fuente de Información:

Se utilizó una fuente de información secundaria extrayéndola de los expedientes clínicos de las embarazadas en estudio.

g) Técnicas de recolección de la información:

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de Revisión documental. Se construyó guía de recolección de datos del expediente clínico, durante el proceso de revisión de los mismos.

h) Variables del estudio

Variable Dependiente:

Complicaciones Obstétricas.

Variables Independientes:

Edad

Escolaridad

Ocupación

Tipo de actividad laboral

Procedencia

Estado civil

No. de hijos

Talla

Paridad

Violencia en el embarazo

Periodo intergenésico

Gestas

Aborto

Cesárea de urgencia

Cesárea programada

Cesárea anterior

Legrado

Planificación familiar

Patologías previas al embarazo
Semanas de gestación
Asistencia al control prenatal
Captación tardía
Controles prenatales realizados
Continuidad del control prenatal
Clasificación del embarazo en relación al riesgo
Llenado de Historia Clínica Perinatal Básica
Cumplimiento de normas MINSA en el control prenatal
Atención prenatal realizada por médico
Hospitalizaciones durante el embarazo actual
Estancia hospitalaria
Ingreso a cuidados intensivos
Egresos vivos
Egresos fallecidos

i) Cruce de variables:

Se realizó cruce entre variable dependiente y variables independientes de relevancia en el estudio.

Complicaciones Obstétricas/Edad
Complicaciones Obstétricas/Escolaridad
Complicaciones Obstétricas/Ocupación
Complicaciones Obstétricas/ Talla
Complicaciones Obstétricas/ Periodo intergenésico
Complicaciones Obstétricas/ Gestas
Complicaciones Obstétricas/ Cesárea de urgencia
Complicaciones Obstétricas/ Cesárea programada
Complicaciones Obstétricas/ Cesárea anterior
Complicaciones Obstétricas/ Planificación familiar
Complicaciones Obstétricas/ Patologías previas al embarazo
Complicaciones Obstétricas/ Patologías propias del embarazo

Complicaciones Obstétricas/ Semanas de gestación

Complicaciones Obstétricas/Número de hospitalizaciones durante el embarazo actual

Complicaciones Obstétricas/Días de estancia hospitalaria

Complicaciones Obstétricas/Ingreso a cuidados intensivos

Complicaciones Obstétricas/Egresos vivos

Complicaciones Obstétricas/Egresos fallecidos.

j) Procesamiento de la información:

Se utilizó programa Epi Info 3.6 para el tratamiento estadístico, procesamiento y análisis de datos.

k) Aspectos éticos

Toda información recolectada en los expedientes clínicos de la unidad de análisis que se incluyeron en el estudio fue manejada con sigilo profesional y con fines meramente académicos.

Se solicitó autorización al Director General del Hospital Central Managua, Dr. Alvaro Guerra Báez. Carta de solicitud, (ver anexos).

VIII. RESULTADOS

Objetivo No 1. Identificar la presencia de factores potenciales en mujeres con complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo.

En cuanto a *factores de riesgo potenciales*, se valoraron las siguientes variables:

Las mujeres incluidas en el estudio tenían edades comprendidas entre 15 a 35 años a más, para una mediana de 22 años, el 38% (43) de las embarazadas se ubicaron en el grupo etáreo de 20-24 años, siendo éste el de mayor frecuencia por lo que la mayoría de los hallazgos se presentaron en este grupo.

El 47% (53) de las mujeres tenían una escolaridad de secundaria.

El 42% (47) de las embarazadas tenían estudios universitarios, encontrando solamente un 8%(9) con estudios de primaria y un mínimo 3% (3) de analfabetas.

El 72% (81) habitan en el área urbana de Managua, el 28% (31) pertenecían al área rural.

El 54% (61) de mujeres del estudio tenían de 1 a tres hijos, seguido del grupo de primigestas con el 44%(49). Solamente un 2% (2) tenían 4 hijos o más.

El 73% (82) de mujeres del estudio no habían tenido ningún parto vaginal (eran nulíparas), el 13% (15) habían tenido 1 parto, el 12% (13) de 2 a 3 partos y sólo un 2% (2) eran multíparas con 4 ó más partos.

El 22% (25) de mujeres del estudio tenían un periodo intergenésico corto que tiene un rango de 0 a 24 meses, otro 22% (25) tenía periodo intergenésico largo que tiene un rango de 49 meses a más, solamente el 17% (18) tenía periodo intergenésico normal con un rango de 24 a 48 meses y el 39% (44) eran primigestas.

Objetivo No 2. Identificar la presencia de factores reales en mujeres con complicaciones obstétricas en el tercer periodo del embarazo.

Preconcepcionales:

El 7% (8) de mujeres del estudio tenían antecedentes de Rh (-) y el 1% (2) tenían antecedentes de hipertensión arterial, siendo estos los únicos factores preconcepcionales encontrados en mujeres del estudio.

Propios del embarazo:

El 49% (55) de mujeres del estudio tenían antecedentes de 2 a 3 gestas, el 39% (44) tenían antecedentes de 1 gesta y solamente el 12% (13) eran multigestas con 4 ó más gestas.

El 82% (92) de mujeres del estudio no registraron ningún aborto, el 18% (20) presentaban el antecedente de 1 a 2 abortos.

El 60% (68) de mujeres del estudio se les practicó cesárea de urgencia.

El 24% (27) de mujeres del estudio se les practicó cesárea programada.

El 16% (17) de mujeres del estudio tuvieron parto vaginal.

EL 84% (94) de embarazadas del estudio no usaban ningún método de planificación familiar, solamente el 16% (18) lo utilizaba.

Complicaciones Obstétricas encontradas en el estudio:

En el 9% (10) de las embarazadas se registró la anemia. El 1% (1) de embarazadas presentó 1 muerte fetal tardía. El 1% (1) de embarazadas presentó desprendimiento prematuro de placenta normoincisa. El 3% (3) de mujeres del estudio presentaron desproporción céfalo pélvica. El 8% (9) de embarazadas presentaron preeclampsia severa. El 8% (9) de las mujeres tuvieron embarazos pretermino. El 5% (6) embarazadas presentaron hemorragia postparto. El 6% (7) embarazadas presentaron síndrome hipertensivo estacional. El 19% (21) de embarazadas tuvieron infección de vías urinarias. El 16% (18) mujeres presentaron sufrimiento fetal agudo. El 1% (2) embarazadas presentaron labor de parto prolongada. El 8% (9) tuvieron embarazos con productos macrosómicos. El 13% (15) oligoamnios severo, 10% (11) presentaron oligoamnios moderado. El 2% (2) tuvieron parto obstruido. El 2% (2) presentaron placenta previa sangrante. El 4% (4) tuvieron nacimientos con presentación pélvica o transversa.

Objetivo No 3. Verificar el cumplimiento de normas del control prenatal por el personal médico del Hospital Central Managua. Se encontraron los siguientes resultados:

El 68% (76) de mujeres del estudio presentaban embarazos a término de 38 semanas a 40, seguido por el 26% (29) de mujeres con embarazos pretermino entre 31 – 37 semanas de gestación, el 3% (3) cursaban con embarazos inmaduros entre 25 – 30 semanas y solamente el 3% (4) presentaron embarazos cercano al post término.

El 100% de mujeres del estudio asistieron al control prenatal. De éstas el 63% (71) acudieron oportunamente y el 37% (41) asistieron tardíamente al control prenatal.

El 61% (68) de mujeres del estudio se habían realizado 5 ó más controles prenatales, el 13% (14) tenían al menos 4 controles y el 26% (30) solamente se realizaron entre 1 a 3 controles prenatales.

El 96% (107) de mujeres del estudio se les brindó continuidad en la realización de sus controles prenatales y el 4% (5) no tuvieron continuidad.

A 92% (103) de mujeres del estudio no se les había clasificado el riesgo del embarazo según formulario de normas MINSA, solamente el 8% (9) estaban clasificadas.

El 100% (112) de mujeres del estudio tenían llenado completo de su historia clínica perinatal básica (HCPB).

El 77% (86) de mujeres del estudio tenían controles prenatales que cumplían con las Normas y Protocolos de atención prenatal y medicina basada en evidencia, el 23% (26) de estas mujeres no se les cumplió su atención según Normas MINSA.

El 99% (111) de mujeres del estudio se les realizaba el control prenatal por ginecoobstetra, solamente el 1% (1) fue atendida por médico general.

Objetivo No 4. Describir la evolución de las complicaciones obstétricas más frecuentes en las mujeres en estudio. Se encontraron los siguientes resultados:

El 14% (15) de mujeres del estudio tuvieron de 1 a 3 hospitalizaciones por complicaciones del embarazo actual. El 86% (97) no ameritaron hospitalización por su complicación. El 95% (107) que se ingresaron en hospitalización por presentar complicaciones obstétricas tuvieron una estancia hospitalaria entre 1 a 3 días, el 3% tuvieron hospitalizaciones entre 4 a 7 días y solamente un 2% se hospitalizaron por más de 7 días. Solamente el 2% (2) de todas las mujeres del estudio que fueron hospitalizadas ameritaron ingreso a cuidados intensivos.

El 100% (112) de mujeres del estudio egresaron con vida, no se presentó ninguna muerte en este grupo de estudio.

IX. DISCUSION DE RESULTADOS

Las tres cuartas partes procedían del área urbana de Managua, la mitad tenían escolaridad secundaria, precedido de la educación universitaria con un poco menos de la mitad de las embarazadas. Las tres cuartas partes realizaban trabajo físico. Más del tercio de embarazadas se encontraron en el grupo etáreo en el rango de 20 a 24 años.

En relación al número de hijos, más de la mitad de las mujeres tienen de 1 a 3 hijos, en estudios realizados en otros hospitales del país predominan las mujeres que no tenían hijos, con más de la mitad de la población de estudio.

En relación al número de partos, un poco más del tercio de embarazadas nunca habían tenido un parto vaginal, difiere de otros estudios realizados en el país, en Hospital Bertha Calderón en el 2003, donde las nulíparas representan la mitad aproximadamente de mujeres de ese estudio.

La tercera parte de mujeres del estudio eran primigestas, coincidiendo con los hallazgos de un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón (Nicaragua) en el año 2003.

En relación al rango del periodo intergenésico en las mujeres del estudio, la cuarta parte de ellas tenía periodo intergenésico menor a 24 meses y otra cuarta parte presentó un rango de periodo intergenésico mayor a 49 meses, considerándose ambos como factores de riesgo que conllevan a complicaciones obstétricas, este hallazgo coincide con el estudio realizado en Panamá en donde predominó el periodo intergenésico menor a 24 meses como factor de riesgo. En el presente estudio, menos de la mitad no tenían un rango de periodo intergenésico debido a que era el primer embarazo y sólo menos de la cuarta parte del grupo de mujeres presentaron un rango del periodo intergenésico entre 25 a 48 meses

considerándose como factor protector para el desarrollo de complicaciones obstétricas.

Se encontró que menos de la cuarta parte de las mujeres que presentaron complicaciones obstétricas planificaban sus embarazos, se encontró además que más de las tres cuartas partes de estas mujeres no utilizaban ningún método de planificación familiar, coincidiendo con estudio realizado en países en vías de desarrollo en el que se estima que más de la mitad de las mujeres no planifican por desconocimiento sobre formas de planificación.

Más de las tres cuartas partes de mujeres del estudio no presentaron antecedentes de aborto, no coincidiendo con los datos registrados en las Normas del MINSA, en Nicaragua en el 2004 donde los abortos ocupan el primer lugar en complicaciones obstétricas.

Las complicaciones obstétricas de acuerdo a la edad de las embarazadas del estudio, se encontró que más de un tercio era el grupo comprendido entre los 20 a 24 años, este dato no coincide con el reportado en las normas MINSA a nivel nacional, en el año 2004, donde acumularon a los grupos etáreos entre 15 a 34 años. Es importante destacar que en el grupo de edad de 15 a 19 años se presentaron complicaciones obstétricas de mayor gravedad, este dato coincide con el reportado por el MINSA debido a que este mismo grupo es uno de los más afectados por las complicaciones graves.

La onceava parte de las mujeres con embarazos pre-término, se encontraban en edades entre los 20 a 24 años, dato que no coincide con estudio realizado en El Salvador, en relación al riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes - jóvenes y embarazadas adultas en donde se encontró que el embarazo pretermino predominaba en las adolescentes y jóvenes.

Las mujeres del estudio que presentaron desproporción céfalo pélvica, representan solamente, menos de la treintava parte de embarazadas pero es considerada una complicación obstétrica directa que puede causar morbimortalidad en el grupo de embarazadas.

La anemia se identificó en una decima parte de las embarazadas aproximadamente, no coincidiendo con lo descrito en la literatura donde la tercera parte de las embarazadas se espera que cursen con anemia. Cabe mencionar que esta complicación no aparece dentro de las principales complicaciones reportadas en Nicaragua, 2004.

El síndrome hipertensivo gestacional como complicación obstétrica se encontró en menos de la quinceava parte de embarazadas, no coincidiendo con los registros nacionales (normas MINSA), los que llegan a alcanzar 7 veces más que el valor encontrado en el estudio.

La doceava parte de embarazadas presentaron preeclampsia severa como complicación obstétrica, esta se encuentra reportada en el registro nacional (normas MINSA), con cifras que triplican las encontradas en el estudio.

La quinta parte de embarazadas presentaron infección de vías urinarias, este dato se acerca a los valores encontrados en la literatura de obstetricia de Schwarcz, es la patología concomitante con el embarazo que se observa con mayor frecuencia.

Menos de un quinto de las mujeres presentaron sufrimiento fetal agudo. En los registros nacionales (normas MINSA) se reporta el doble de la cantidad encontrada.

La doceava parte de embarazadas tuvieron productos macrosómicos, no se pudo comparar con otros estudios o con los registros nacionales por no encontrarse dentro de los citados.

La cuarta parte aproximadamente de embarazadas presentaron oligoamnios moderado y severo, superando el número descrito en la literatura de obstetricia de Schwarcz, en donde se describen que 4 casos de cada 100 partos presentaran oligoamnios.

La mitad de cada decima parte de embarazadas tuvieron nacimientos con presentación pélvica o transversa, esta complicación se encuentra en el registro nacional con cifras que superan las encontradas en el estudio, la sexta parte de cada cien mujeres tienen nacimientos con presentación anormal.

La decima parte de embarazadas presentaron ruptura prematura de membranas, siendo menor que lo que marca la literatura de Schwarcz, donde se encuentra que la sexta parte de cada cien embarazadas presentarán ruptura prematura de membranas.

Menos de la veinteava parte de embarazadas presentaron hemorragia postparto como complicación obstétrica, coincidiendo con la literatura de obstetricia de Schwarcz, en donde se describe su ocurrencia en la veinteava parte de cada cien complicadas.

En cuanto a complicaciones de alta mortalidad, se identificaron la muerte fetal tardía, el desprendimiento prematuro de placenta normoincerta, la eclampsia, la hemorragia post parto, el parto obstruido; placenta previa sangrante y el síndrome de HELLP, todas ellas representan la onceava parte del total de las complicaciones, no coincidiendo con los registros nacionales (MINSA), en donde este tipo de complicaciones alcanza un tercio de la complicaciones en general.

Los embarazos pre términos acumulan la cuarta parte de las mujeres del estudio, teniendo relación con estudio realizado en Nicaragua, 2003, Hospital Bertha Calderón Roque, en donde se encontró que una de las principales complicaciones

del estudio eran los embarazos pre términos. Más de la mitad de mujeres del estudio, presentaron embarazos a término.

Todas las mujeres del estudio asistieron a control prenatal, lo que demuestra que se cumplen las Normas y Protocolos en esta unidad de salud privada en relación a la asistencia al control prenatal según literatura obtenida de las Normas de atención prenatal.

El porcentaje de mujeres que demandaron atención prenatal después de las 12 semanas de gestación, es decir que asistieron tardíamente al control prenatal, es la tercera parte de embarazadas. Según lo normado, todas las embarazadas deberían acudir a su primer control prenatal antes de las 12 semanas de gestación o tempranamente.

La cuarta parte de mujeres del estudio se realizaron solamente de 1 a 3 controles prenatales por asistencia tardía al control, lo cual compromete la capacidad de detección oportuna de complicaciones o situaciones prevenibles. Las tres cuartas partes de embarazadas se les realizaron cinco ó más controles, lo que coincide con lo normado en las embarazadas donde se orienta que una embarazada con alto riesgo debe de realizarse más de cuatro controles prenatales.

La gran mayoría de las mujeres recibieron controles prenatales continuos, cumpliéndose así la norma establecida, que indica que se debe dar continuidad a todas las embarazadas a las que se les realiza control prenatal. Menos de la veinteaava parte de mujeres no recibieron controles prenatales continuos por captación tardía.

En la mayoría de los casos, no se clasificó el embarazo según formulario de clasificación del riesgo normas MINSA, perdiendo de esta forma oportunidades de detectar factores de riesgo que provocan complicaciones obstétricas, solamente en una treceava parte de embarazadas se clasificó el riesgo según norma. A todas

las embarazadas se les clasificó por la complicación que presentaron. Según lo normado este instrumento se debe aplicar a todas las mujeres que asisten al primer control prenatal para identificar un factor de riesgo oportunamente.

Solamente en la tercera parte de embarazadas del estudio en relación a las actividades que se realizan en el control prenatal se cumple con las Normas, lo normado orienta que se deben de cumplir todas las actividades correspondientes al control prenatal en todas las embarazadas, incurriendo así en incumplimiento de normas orientado por el Ministerio de Salud de Nicaragua, para todas las instituciones prestadoras de salud sean públicas o privadas.

La gran mayoría de embarazadas fueron atendidas por médicos especialistas, sólo uno de los casos fue atendido por médico general dando cumplimiento a la norma establecida, esto se refleja positivamente en la ausencia de casos fatales en el periodo del estudio, lo que evidencia las ventajas que tiene contar con personal especializado para brindar este servicio, aunque el número de complicadas podría disminuirse si se aplicaran correctamente las normas de atención prenatal.

Las complicaciones obstétricas encontradas fueron más de la mitad, este valor es tres veces mayor al descrito por la literatura la que indica que de cada grupo de embarazadas se espera que se compliquen un 15%.

Se encontró que más de la mitad de las embarazadas del estudio finalizaron en cesárea de urgencia, coincidiendo con estudio realizado en Nicaragua, Hospital Bertha Calderón Roque, 2001-2002, en donde más de la mitad de los embarazos complicados terminaron en cesárea de urgencia.

Las mujeres que requirieron hospitalización previa durante el embarazo por causa de una complicación, representan una décima parte del total de embarazadas del estudio. En su mayoría requirieron hospitalización en una ocasión.

Al momento de concluir el embarazo, la gran mayoría de las mujeres permanecieron hospitalizadas de 1 a 3 días por causa de sus complicaciones, 3 mujeres estuvieron hospitalizadas de 4 hasta 7 días y solamente 2 mujeres permanecieron ingresadas por más de 7 días, por haber presentado complicaciones obstétricas graves.

Dos unidades de embarazadas del estudio ameritaron ingreso a cuidados intensivos por complicaciones obstétricas con alto riesgo de mortalidad.

Las embarazadas del estudio egresaron vivas del servicio de ginecoobstetricia y de la Unidad de Cuidados Intensivos.

X. CONCLUSIONES

1. El grupo etéreo de mayor frecuencia fue el comprendido entre 20 – 24 años, en este se presentaron la mayoría de las complicaciones obstétricas del estudio, el grupo de 15 a 19 años fué el de menor frecuencia pero en éste se presentaron las complicaciones obstétricas de mayor gravedad. En dicho grupo coinciden también hallazgos que se vinculan directamente con las complicaciones obstétricas, como son el rango en el periodo intergenésico menor a 24 meses y el mayor a 49 meses.
2. El factor antenatal que se encontró con mayor frecuencia en las embarazadas fue el Rh (-). Las complicaciones propias del embarazo encontradas en el estudio fueron: infección de vías urinarias, sufrimiento fetal agudo, oligoamnios severo, oligoamnios moderado, ruptura prematura de membranas, Anemia, embarazo pretermino, producto Macrosómico y preeclampsia severa. Las complicaciones menos frecuentes pero de mayor gravedad, encontradas en el estudio fueron: Síndrome hipertensivo gestacional, Hemorragia postparto, Presentación pélvica o transversa, Eclampsia, Síndrome de HELLP, Labor de parto prolongado, Parto obstruido, Placenta previa sangrante, Desprendimiento prematuro de placenta normoincerta.
3. La mayoría de embarazadas asistieron a sus controles prenatales, en su mayoría completaron más de 5 controles, a todas se les realizó llenado completo de la historia clínica perinatal básica y fueron atendidas por médicos especialistas En la mayoría de los casos no se realizó la clasificación del riesgo del embarazo según formulario MINSA. En tres cuartas partes del grupo de embarazadas no se realizaron todas las actividades orientadas para cada control prenatal, incluyendo la aplicación de intervenciones basadas en evidencia.

4. El porcentaje de embarazadas con complicaciones, supera en tres veces lo esperado según la literatura (refiere que en un grupo de embarazadas el 15% pueden presentar complicaciones obstétricas), más de la mitad de ellas terminaron en una cesárea de emergencia, es meritorio resaltar que no hubo fallecimientos a pesar de la ocurrencia de complicaciones de elevada mortalidad.

XI. RECOMENDACIONES

A la Dirección del Hospital Central Managua

- Garantizar la presentación del estudio al equipo de dirección del hospital y servicio responsable de la atención directa de embarazadas para su discusión.
- Garantizar el cumplimiento de normas de atención prenatal de bajo riesgo, de atención de complicaciones obstétricas y de intervenciones basadas en evidencia.
- Implementar un plan de información y sensibilización hacia los empleadores sobre la importancia de apoyar la asistencia oportuna y continua de sus empleadas a los controles prenatales.

A la subdirección médica

- Abordar el cumplimiento de las normas de control prenatal en el marco de los comités de revisión de expedientes clínicos y auditorías de calidad.
- Establecer una norma interna de vigilancia estricta al grupo de embarazadas entre los 15 a 19 años que presenten patologías propias del embarazo, con el objetivo de realizar prevención o intervenciones oportunas en la salud al presentarse una complicación obstétrica.

Al área de vigilancia y epidemiología

- Reportar semanalmente a la subdirección médica del hospital y al jefe del servicio de ginecoobstetricia, los embarazos de alto riesgo obstétrico identificados de acuerdo a clasificación MINSA y las inasistencias de embarazadas al CPN e indicar cuáles de ellas están identificadas como ARO para realizar intervenciones oportunas.

Al jefe del servicio de ginecoobstetricia

- Realizar actividades docentes de actualización con personal del servicio para asegurar la correcta clasificación del riesgo del embarazo desde el primer contacto según formulario MINSA.
- Monitorear diariamente el cumplimiento de las normas de atención prenatal por parte del personal a su cargo y orientar las medidas correctivas correspondientes, reportando de ello a la subdirección médica.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave.* **Suárez González, Antonio y Gutiérrez Machado, Juan Mario.** 2, Cuba : s.n., 2010.
2. **Peña, Emiliana y Martínez, Maritza.** *Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia.* República Dominicana : s.n., 2010.
3. *Prevention of maternal deaths in developping countries: Program options and practical considerations.* **Maine, D.** Nairobi : s.n., 1987.
4. *Riesgos Obstétricos en el embarazo en adolescentes.* **Díaz, Angélica, Sanhueza, Pablo y Yaksic, Nicole.** 67, Chile : s.n., 2002, Revista Chilena Obstetricia y Ginecología, Vol. 6, págs. 481-487.
5. **Salud, Ministerio de.** Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Managua, Nicaragua : s.n., 2006. Vol. 2, 2-3, págs. 13-79.
6. **Torrez Malespín, Mario.** Determinar la asociación entre factores de riesgo maternos perinatales y del recién nacido con el desarrollo de la asfixia perinatal. Managua : s.n., 2002. 4-5.
7. **Guadamuz Aguirre, Iván.** Complicaciones feto maternas en la mujer mayor de 35 años atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque. Managua : s.n., 2002.
8. **Sequeira Mejía, Ivania.** Manejo expectante de la preeclampsia severa en embarazos lejos del término en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque. Managua : s.n., 2003.
9. *El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales.* **L, Domínguez y P, Vigil De Gracia.** 122-126, 2005, Vol. 3.
10. **Salud, Ministerio de.** Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo. Nicaragua : s.n., 2000. Vol. 1, 7-117.
11. **Salud, Ministerio.** Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. 1 Managua : Génesis, Diciembre de 2008. Vol. 1, 1, págs. 8-18.
12. **Schwarcz, Ricardo L.** *Obstetricia.* Buenos Aires : Florida 340, 2003.
13. **PNUD.** WWW.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml, [En línea] 2010. [Citado el: 02 de 02 de 2011.]
14. **Salud, Ministerio.** *Ley General de Salud y su Reglamento (LEY No. 423).* 1. Managua : COPY FAST, S.A., 2002. págs. 41-91. Vol. 1. 91.

15. **Salud, Ministerio de.** Política Nacional de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional,. *Política Nacional de Salud*. Managua, Nicaragua : s.n., 2008. Vol. 1, págs. 1-27.
16. —. Normas y Protocolos para la atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua : EINM, 2006. Vol. 2, 13-79.
17. **Williams.** Obstetricia. *Obstetricia*. 20. Argentina : Médica Panamericana, 2000, Vol. 20, págs. 973-1001.
18. *Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas.* **Angélica, Díaz, Pablo, Sanhueza y Nicole., Yaksic.** 67, Chile : s.n., 2002, Vol. 6.
19. **Salud, Ministerio.** Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la mortalidad Neonatal. Managua : Génesis, 2008. Vol. 1, 1.
- 20.
21. **Programa de acción de la conferencia internacional, sobre población y desarrollo.** www.un.org/spanish/confernces/accion2.htm. [En línea] 1994. [Citado el: 02 de 02 de 2011.]

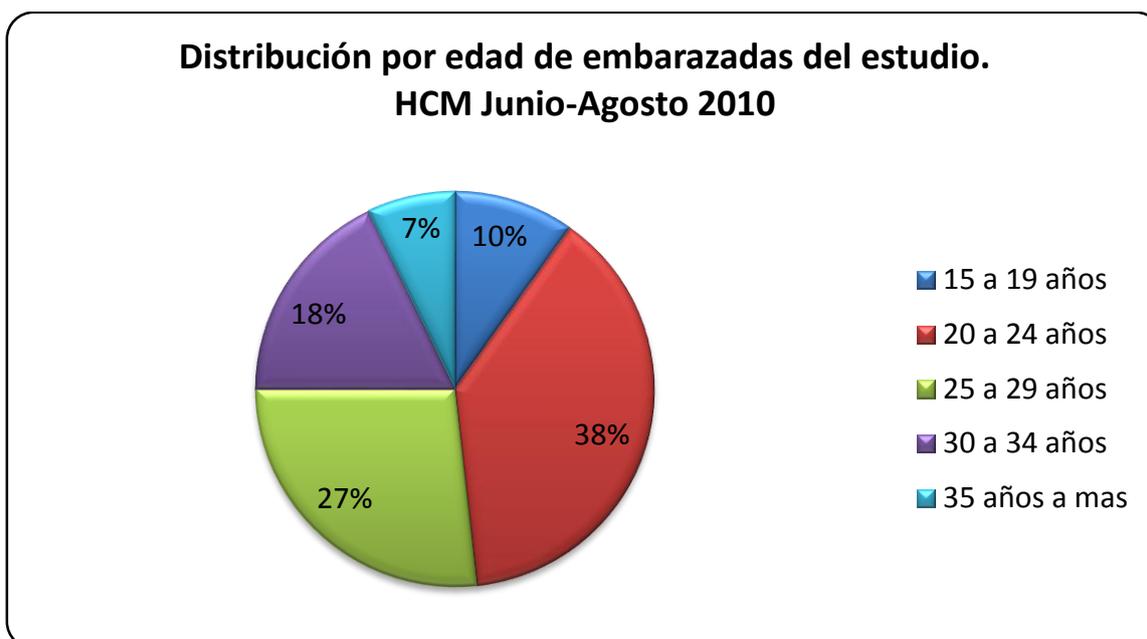
ANEXOS

Tabla No 1. Complicaciones obstétricas según grupos etáreos Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	11	10%
20 a 24 años	43	38%
25 a 29 años	30	27%
30 a 34 años	20	18%
35 años a mas	8	7%
Total	112	100%

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 1.



n= 112

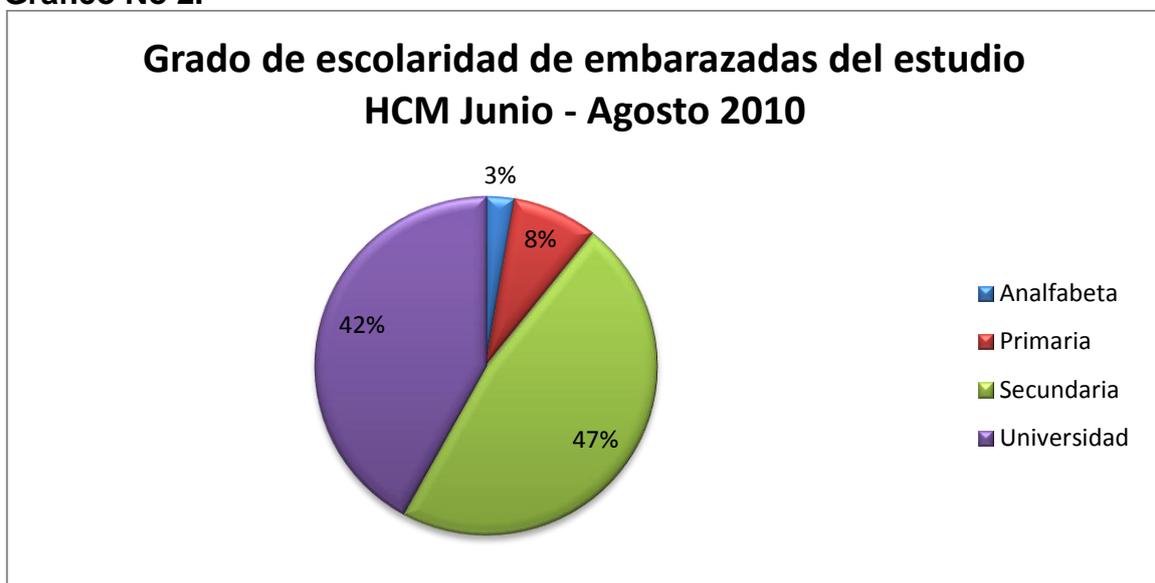
Fuente tabla No 1.

**Tabla No 2. Grado de Escolaridad en embarazadas del estudio
 “Complicaciones obstétricas, Hospital Central Managua Dr. César Amador
 Kuhl Junio-Agosto 2010”**

Escolaridad	Frecuencia
Analfabeta	3
Primaria	9
Secundaria	53
Universidad	47
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 2.



n= 112
 Fuente: Tabla No 2.

Tabla No 3. Tipo de actividad laboral que realizan las embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Tipo de empleo	Frecuencia
trabajo físico	83
trabajo intelectual	29
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 3.



n=112

Fuente: tabla No 3

Tabla No 4. Zona de procedencia de embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Procedencia	Frecuencia
Rural	31
Urbana	81
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 4.



n=112

Fuente: tabla No 4

Tabla No 5. Cantidad de hijos con mayor frecuencia en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

No. de Hijos	Frecuencia
Ninguno	49
de 1 a 3	61
4 a mas	2
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 5.



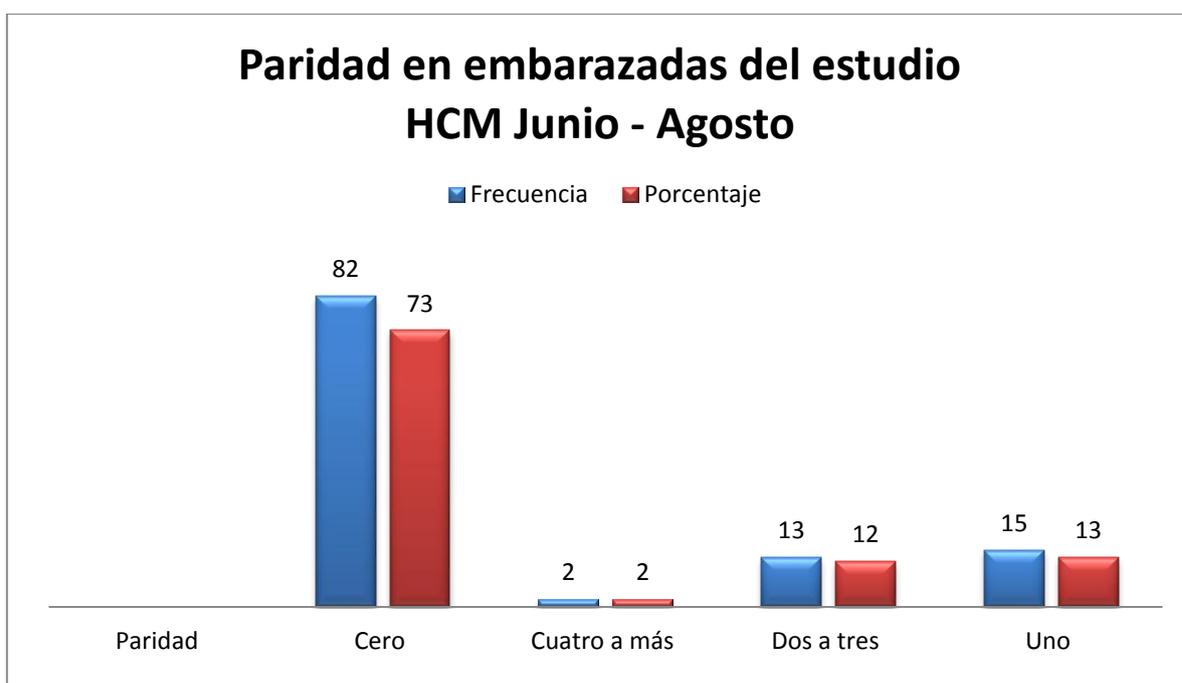
n= 112
Fuente: tabla No 5

**Tabla No 6. Cantidad de partos en embarazadas del estudio
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”**

Paridad	Frecuencia
Cero	82
Cuatro a mas	2
Dos a tres	13
Uno	15
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 6.



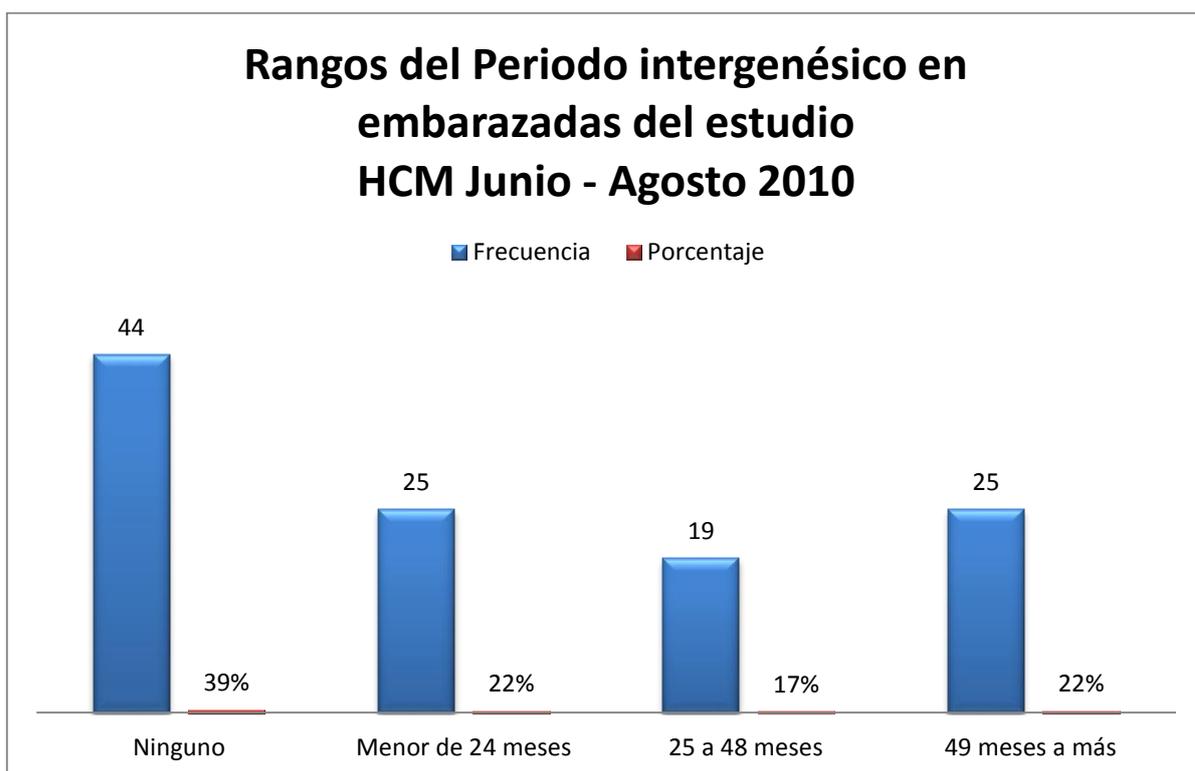
n= 112
Fuente: tabla No 6

**Tabla No 7. Periodo Intergenésico en embarazadas del estudio
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”**

Periodo Intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	44	39%
Menor de 24 meses	25	22%
25 a 48 meses	19	17%
49 meses a más	25	22%
Total	112	100%

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 7.



n: 112

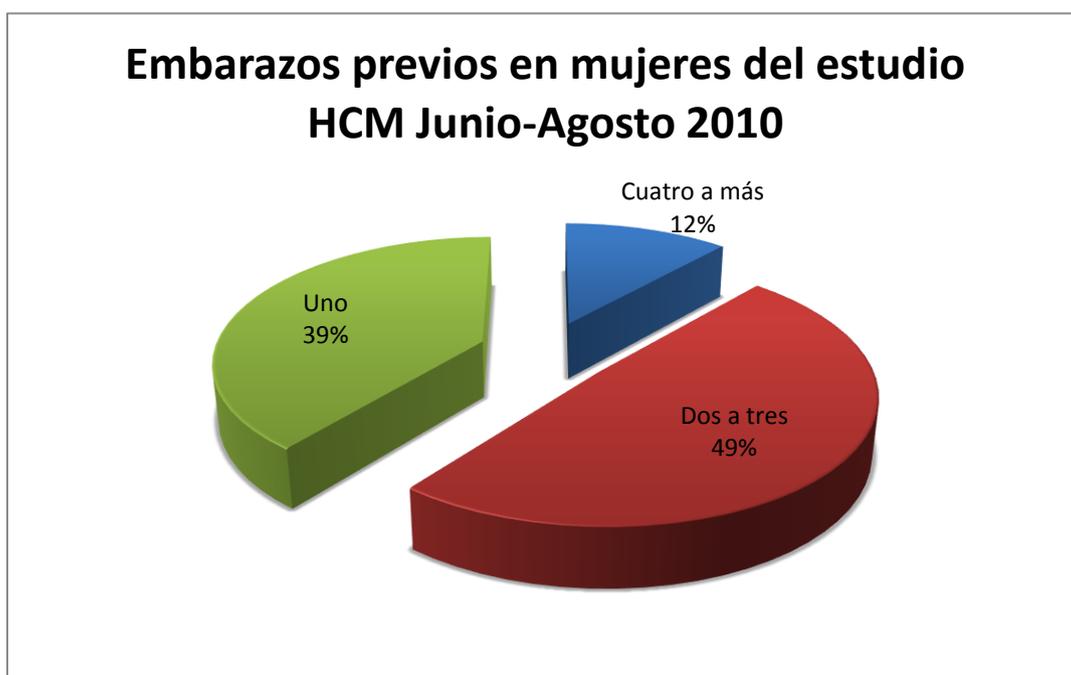
Fuente: Tabla No 7

Tabla No 8. Número de embarazos previos de embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Gestas	Frecuencia
Cuatro a más	13
Dos a tres	55
Uno	44
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 8.



n= 112
Fuente: Tabla No 8.

Tabla No 9. Antecedentes de abortos en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Aborto	Frecuencia
Cero	92
Dos	4
Uno	16
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 9.



n=112

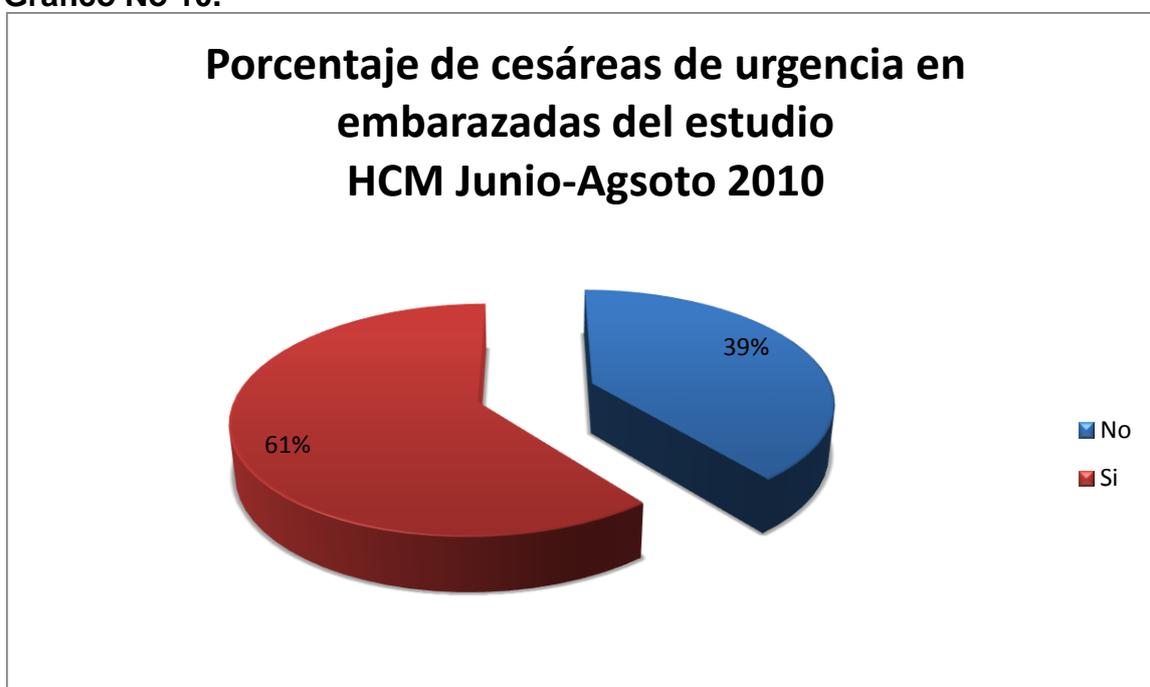
Fuente: Tabla No. 9

Tabla No 10. Número de cesáreas de urgencia en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Cesárea de Urgencia	Frecuencia
No	44
Si	68
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 10.



n=112

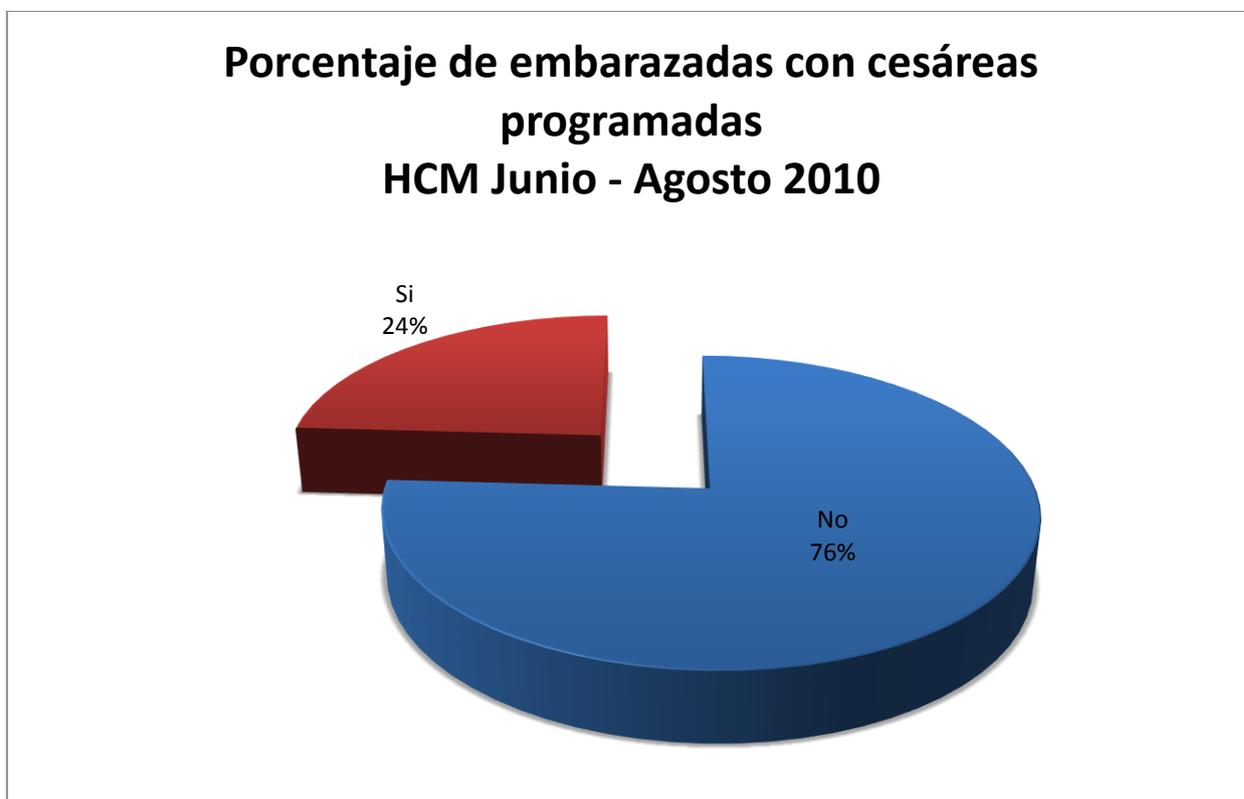
Fuente: tabla No 10

**Tabla No 11. Cesáreas programadas en embarazadas del estudio
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”**

Cesárea Programada	Frecuencia
No	85
Si	27
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 11.



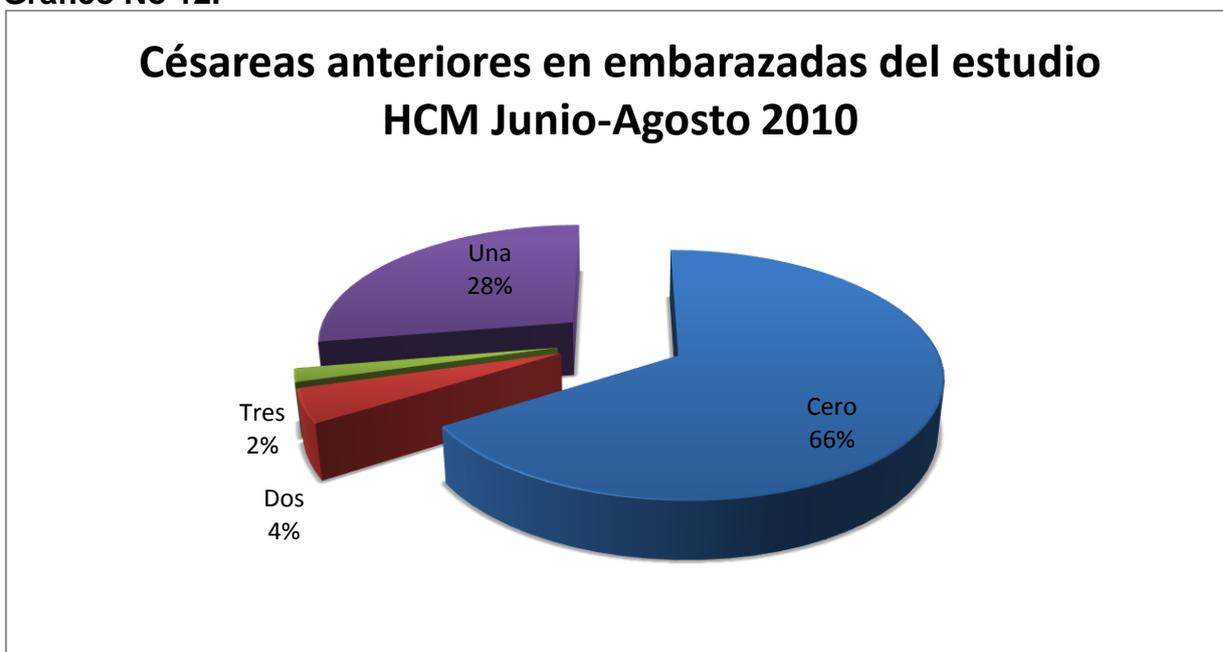
n= 112
Fuente: tabla No 11

Tabla No 12. Número de cesáreas anteriores en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Cesárea Anterior	Frecuencia
Cero	74
Dos	5
Tres	2
Una	31
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 12.



n= 112
Fuente: tabla No 12

Tabla No 13. Cantidad de embarazadas del estudio que utilizaban planificación familiar “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Planificación Familiar	Frecuencia
No	94
Si	18
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 13.



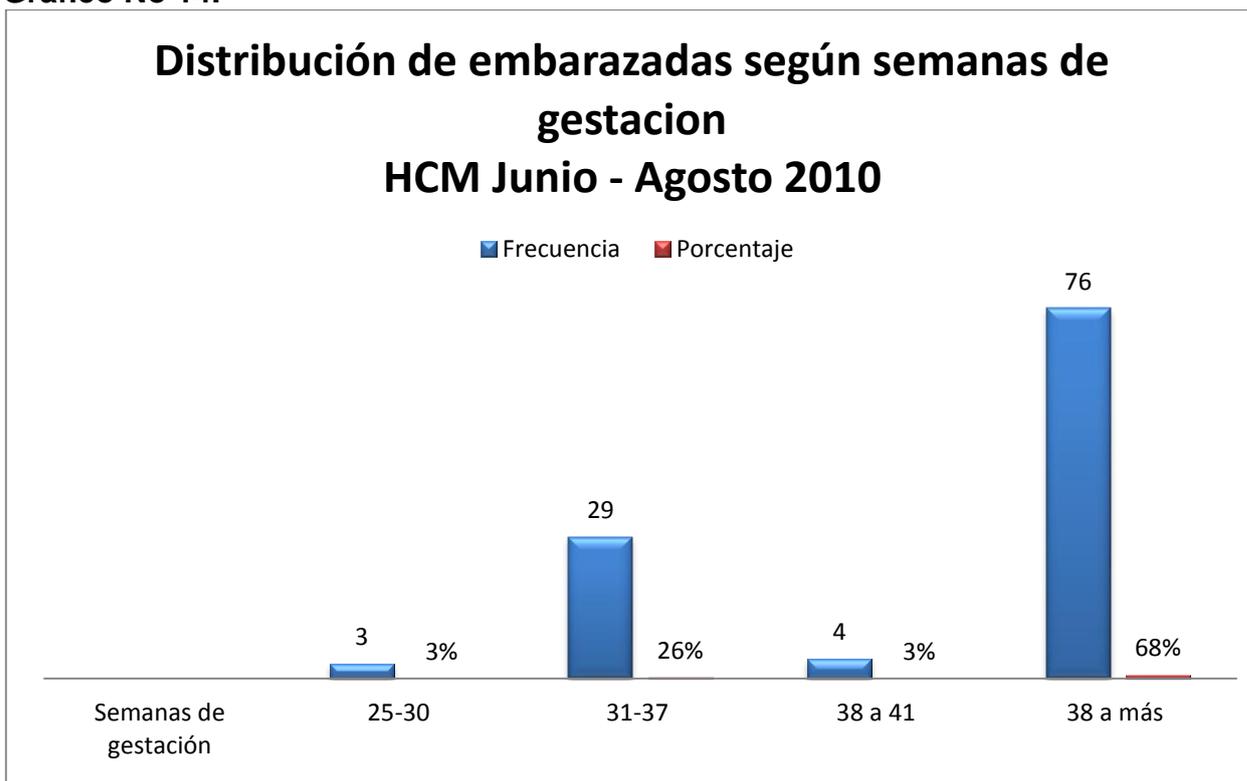
n= 112
Fuente: tabla No 13

Tabla No 14. Semanas de gestación en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
25-30	3	3%
31-37	29	26%
38 a 41	4	3%
38 a más	76	68%
Total	112	100%

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 14.



n= 112
Fuente: tabla No 14

Tabla No 15. Captación tardía para el control prenatal “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Captación tardía	Frecuencia
No	71
Si	41
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 15.



n= 112

Fuente: tabla No 16

Tabla No 16. Número de controles prenatales realizados “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

No. de control de prenatales	Frecuencia
Cinco ó más	68
Cuatro	14
Tres	14
Dos	11
Uno	5
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 16.



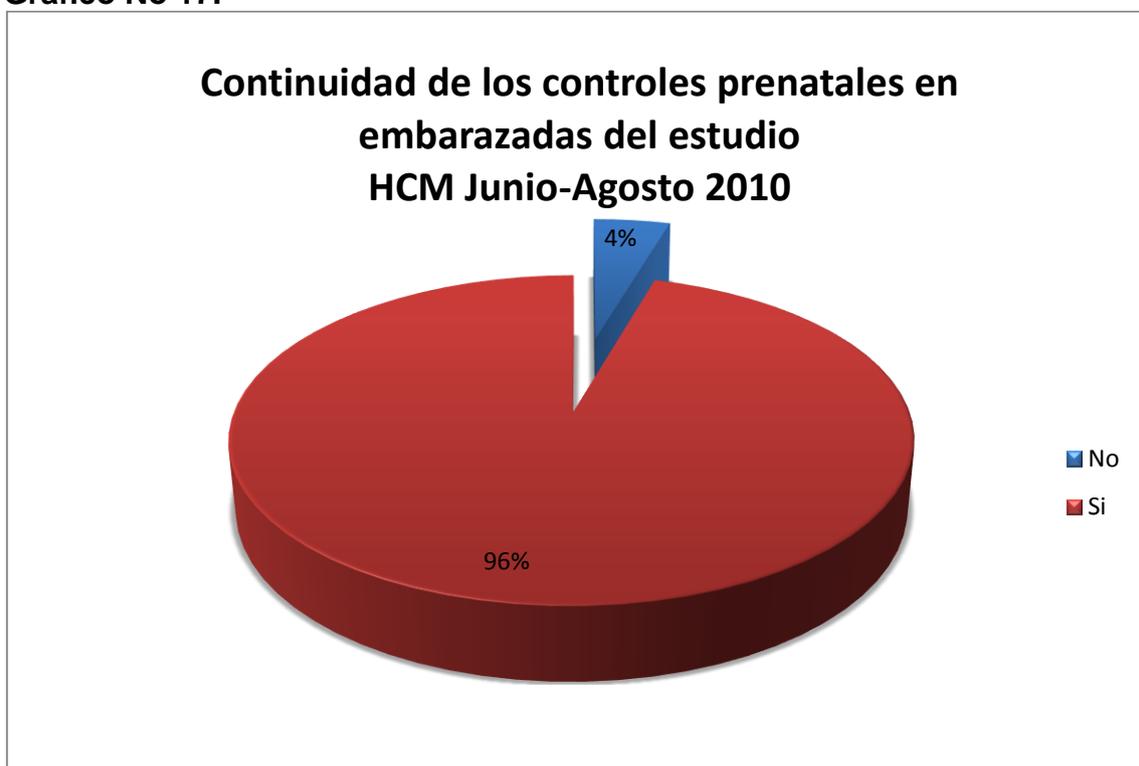
n= 112
Fuente: tabla No 16

Tabla No 17. Cantidad de controles prenatales garantizados a las mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio-Agosto 2010”

Continuidad del control prenatal	Frecuencia
No	5
Si	107
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 17.



n= 112

Fuente: tabla No 17

Tabla No 18. Clasificación del riesgo del embarazo en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Clasificación del riesgo del embarazo según formulario MINSA?		Frecuencia
No		103
Si		9
Total		112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 18.



n= 112
Fuente: tabla No 18

Tabla No 19. Cumplimiento de control prenatal de acuerdo a Normas MINSA en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Cumplimiento del control prenatal según normas MINSA	Frecuencia
No	26
Si	86
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 19.



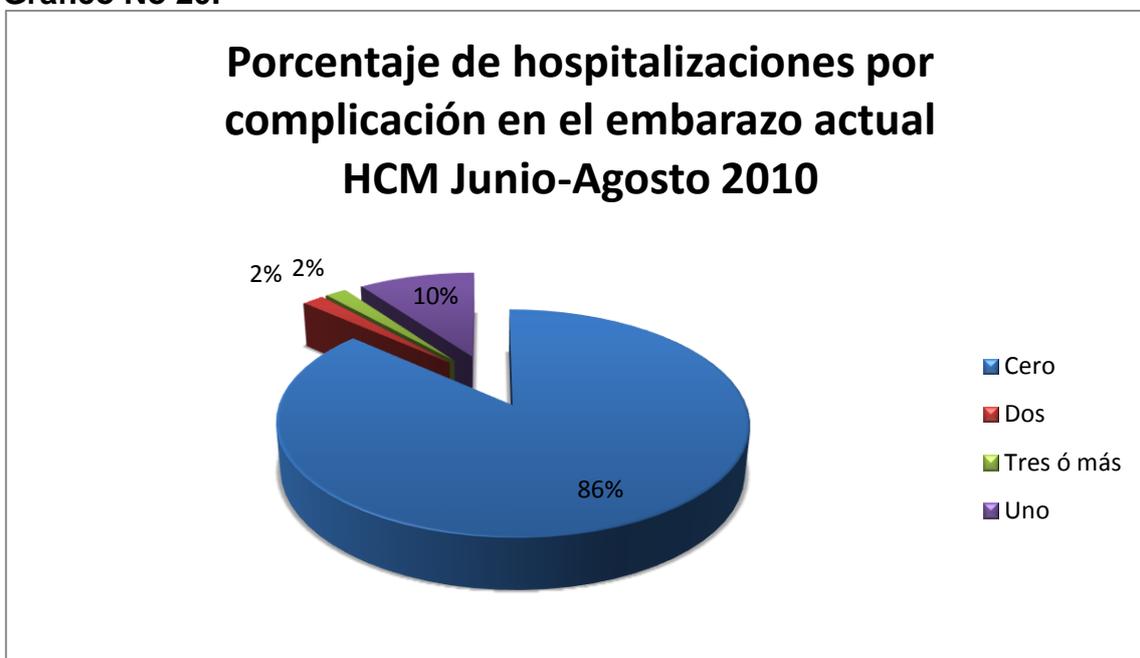
n= 112
Fuente: tabla No 19

**Tabla No 20. Número de ingresos en mujeres del estudio
 “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
 Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

No. de ingresos por complicaciones del embarazo actual	Frecuencia
Cero	97
Dos	2
Tres ó más	2
Uno	11
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 20.



n= 112
 Fuente: tabla No 20

Tabla No 21. Número de días de estancia hospitalaria en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

No. de días de estancia hospitalaria	Frecuencia
1-3 días	107
4-7 días	3
7 días a más	2
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 21.



n= 112

Fuente: tabla No 21

Tabla No 22. Cantidad de embarazadas del estudio que ameritaron ingreso a cuidados intensivos “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

¿Ameritó ingreso a UCI?	Frecuencia
No	110
Si	2
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 22.



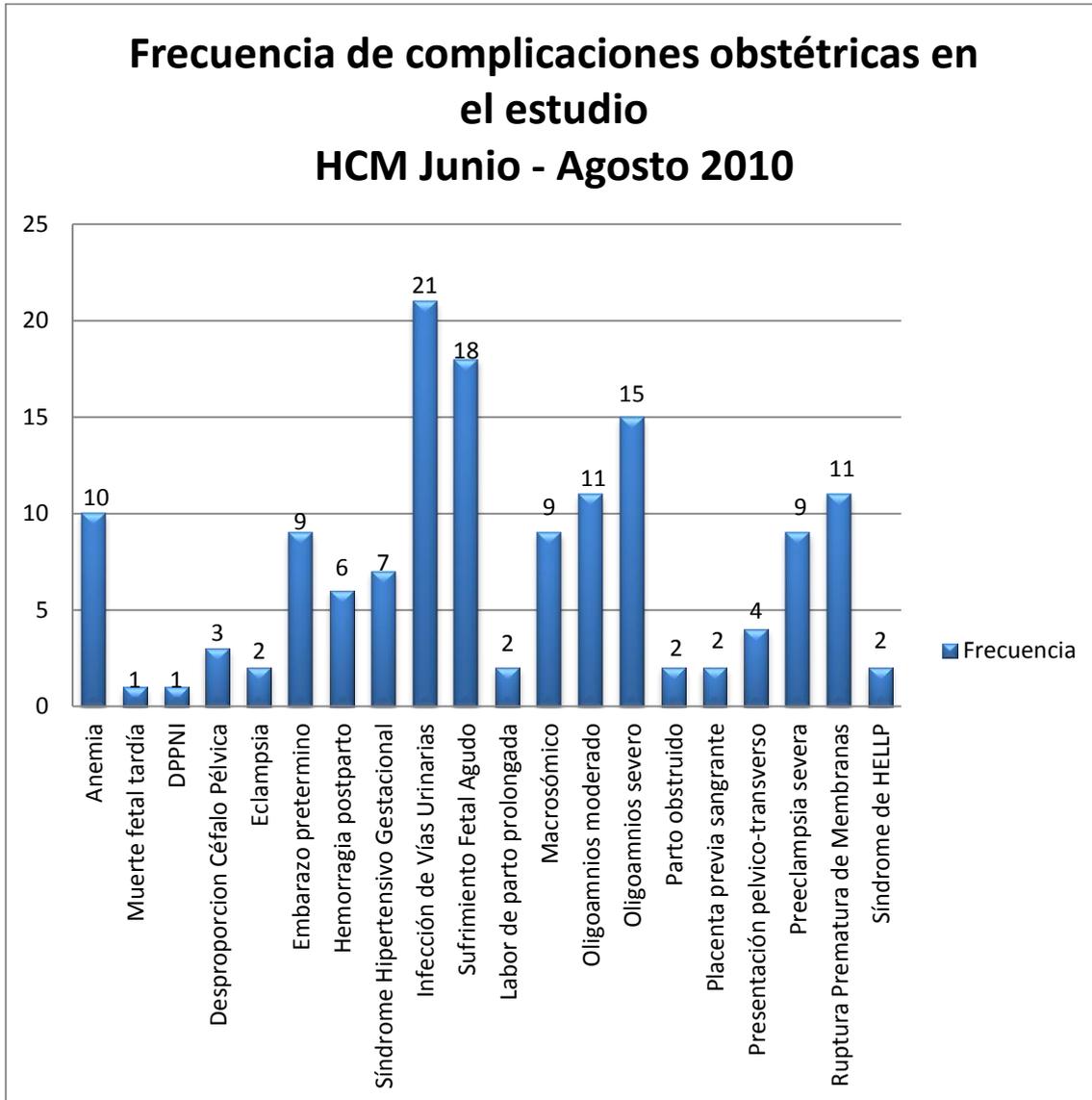
n= 112
Fuente: Tabla No 22

Tabla No 23. Frecuencia de complicaciones obstétricas encontradas en el estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Complicaciones obstétricas	Frecuencia
Anemia	10
Muerte fetal tardía	1
DPPNI	1
Desproporción Céfalopélvica	3
Eclampsia	2
Embarazo pretermino	9
Hemorragia postparto	6
Síndrome Hipertensivo Gestacional	7
Infección de Vías Urinarias	21
Sufrimiento Fetal Agudo	18
Labor de parto prolongada	2
Macrosómico	9
Oligoamnios moderado	11
Oligoamnios severo	15
Parto obstruido	2
Placenta previa sangrante	2
Presentación pélvico-transverso	4
Preeclampsia severa	9
Ruptura Prematura de Membranas	11
Síndrome de HELLP	2

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 23.



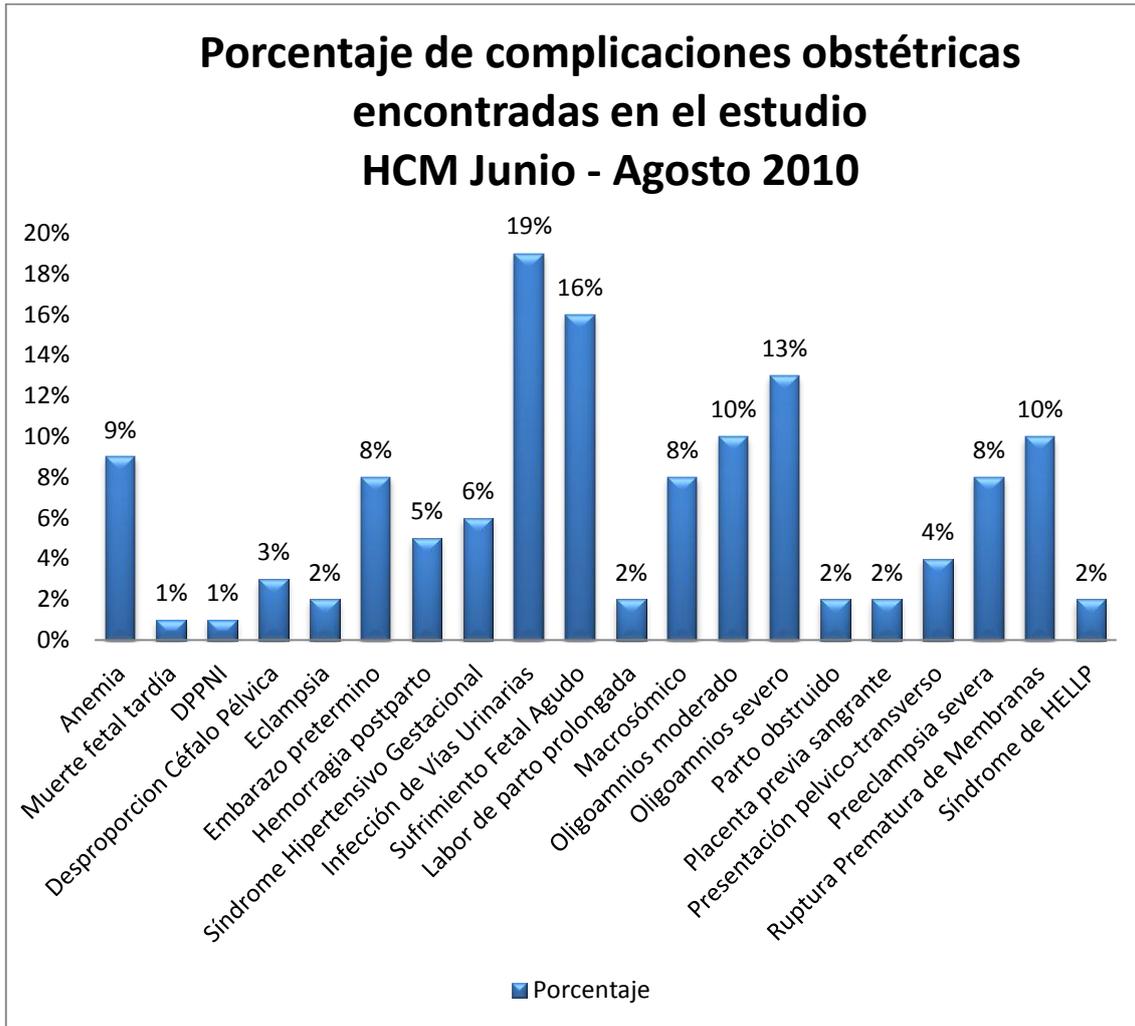
n= 112
Fuente: Tabla No 23

Tabla No 24. Porcentaje de complicaciones obstétricas encontradas en el estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Complicaciones obstétricas	Porcentaje
Anemia	9%
Muerte fetal tardía	1%
DPPNI	1%
Desproporción Céfalopélvica	3%
Eclampsia	2%
Embarazo pretermino	8%
Hemorragia postparto	5%
Síndrome Hipertensivo Gestacional	6%
Infección de Vías Urinarias	19%
Sufrimiento Fetal Agudo	16%
Labor de parto prolongada	2%
Macrosómico	8%
Oligoamnios moderado	10%
Oligoamnios severo	13%
Parto obstruido	2%
Placenta previa sangrante	2%
Presentación pélvico-transverso	4%
Preeclampsia severa	8%
Ruptura Prematura de Membranas	10%
Síndrome de HELLP	2%

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No. 24.



n= 112

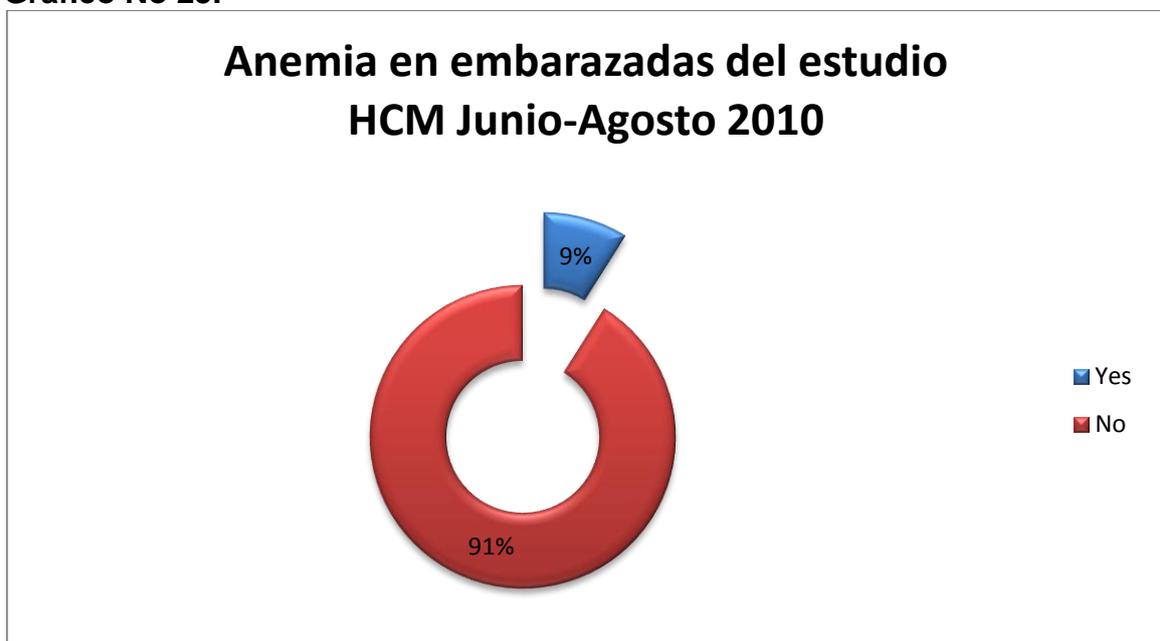
Fuente: Tabla No. 24

Tabla No. 25. Cantidad de embarazadas del estudio que presentaron anemia “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Anemia	Frecuencia
Yes	10
No	102
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 25.



n=112

Fuente: Tabla No. 25

Tabla No 26. Cantidad de embarazadas del estudio que presentaron muerte fetal tardía “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Muerte fetal tardía	Frecuencia
Yes	1
No	111
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 26.



n= 112
Fuente: Tabla No 26

Tabla No 27. Cantidad de embarazadas del estudio con desprendimiento prematuro de placenta normoincerta “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Desprendimiento prematuro de placenta normoincerta	Frecuencia
Yes	1
No	112
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 27.



n= 112

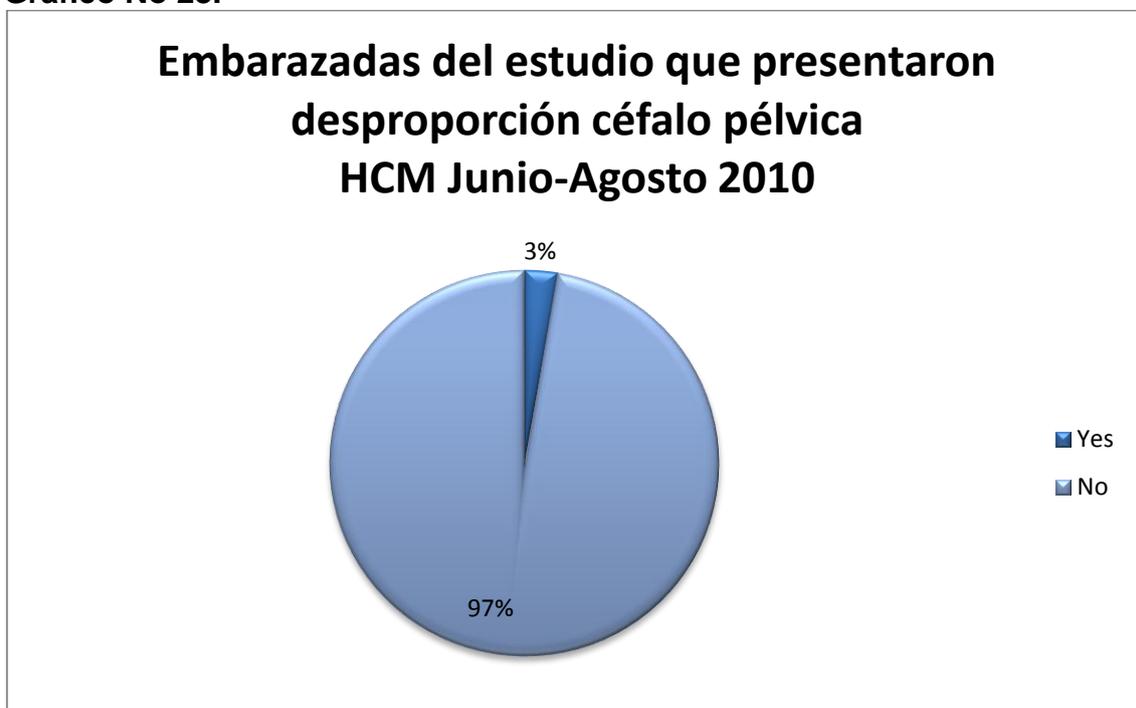
Fuente: Tabla No 27

Tabla No 28. Desproporción céfalo pélvica en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Desproporción céfalo pélvica	Frecuencia
Yes	3
No	109
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 28.



n=112

Fuente: Tabla No 28

**Tabla No 29. Embarazadas del estudio que presentaron Eclampsia
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

Eclampsia	Frecuencia
Yes	2
No	110
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 29.



n= 112

Fuente: Tabla No 29

Tabla No 30. Embarazadas del estudio que presentaron embarazo pretermino “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Embarazo pre-termino	Frecuencia
Yes	9
No	103
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 30.



n= 112
Tabla No 30

Tabla No 31. Embarazadas del estudio que presentaron hemorragia postparto “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Hemorragia post parto	Frecuencia
Yes	6
No	106
Total	106

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 31.



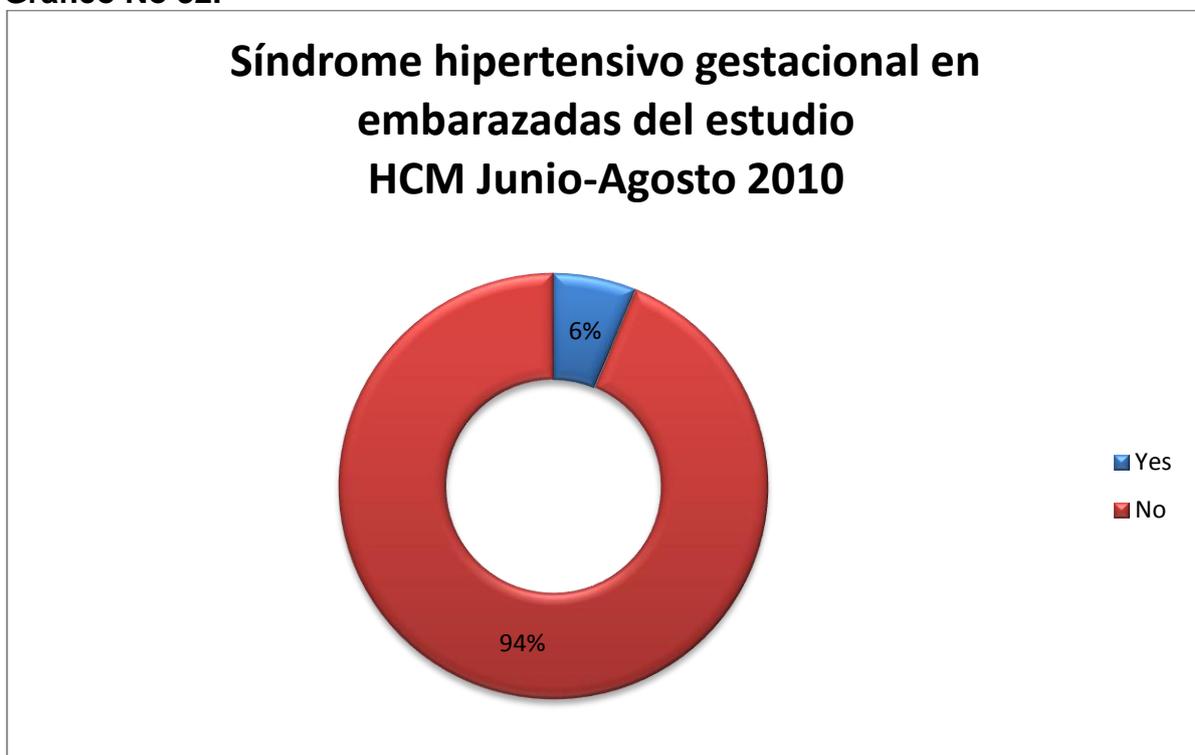
n= 112
Fuente: Tabla No 31

Tabla No 32. Embarazadas del estudio que presentaron síndrome hipertensivo gestacional “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Síndrome hipertensivo gestacional	Frecuencia
Yes	7
No	105
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 32.



n= 112

Fuente: Tabla No 32

Tabla No 33. Embarazadas del estudio que presentaron infección de vías urinarias “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Infección de vías urinarias	Frecuencia
Yes	21
No	91
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 33.



n= 112

Fuente: Tabla No 33

Tabla No 34. Número de casos de sufrimiento fetal agudo en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Sufrimiento fetal agudo	Frecuencia
Si	18
No	94
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No. 34.



n= 112
Fuente: Tabla No 34

Tabla No 35. Embarazadas del estudio que presentaron labor de parto prolongada “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Labor de parto prolongada	Frecuencia
Si	2
No	110
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 35.



n= 112

Fuente: Tabla No. 35

Tabla No 36. Productos macrosómicos en embarazadas del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Macrosómico	Frecuencia
Si	9
No	103
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 36.



n= 112

Fuente: Tabla No 36

**Tabla No 37. Oligoamnios moderado en embarazadas del estudio
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

Oligoamnios moderado	Frecuencia
Si	11
No	101
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 37.



n= 112

Fuente: Tabla No 37

**Tabla No 38. Oligoamnios severo en embarazadas del estudio
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

Oligoamnios Severo	Frecuencia
Si	15
No	97
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 38.



n= 112

Fuente: Tabla No 38

**Tabla No 39. Parto obstruido en embarazadas del estudio
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

Parto Obstruido	Frecuencia
si	2
No	110
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 39.



n= 112

Fuente: Tabla No 39

Tabla No 40. Embarazadas del estudio que presentaron placenta previa sangrante “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Placenta previa sangrante	Frecuencia
Si	2
No	110
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 40.



n= 112

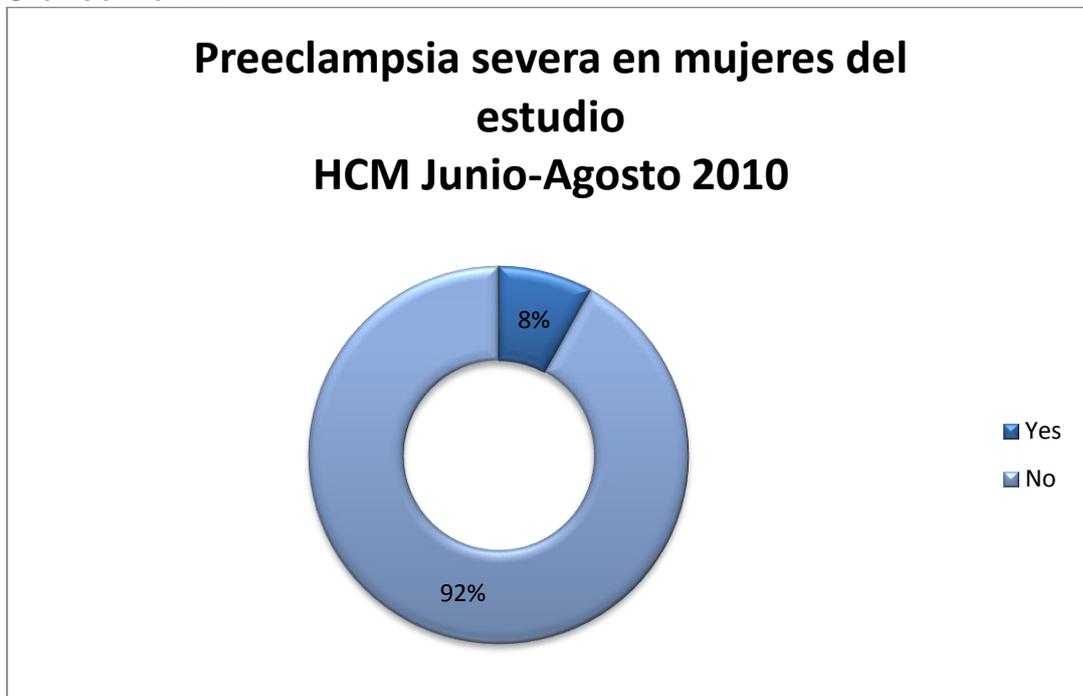
Fuente: Tabla No 40

Tabla No 41. Preeclampsia severa en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Preeclampsia severa	Frecuencia
Si	9
No	103
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 41.



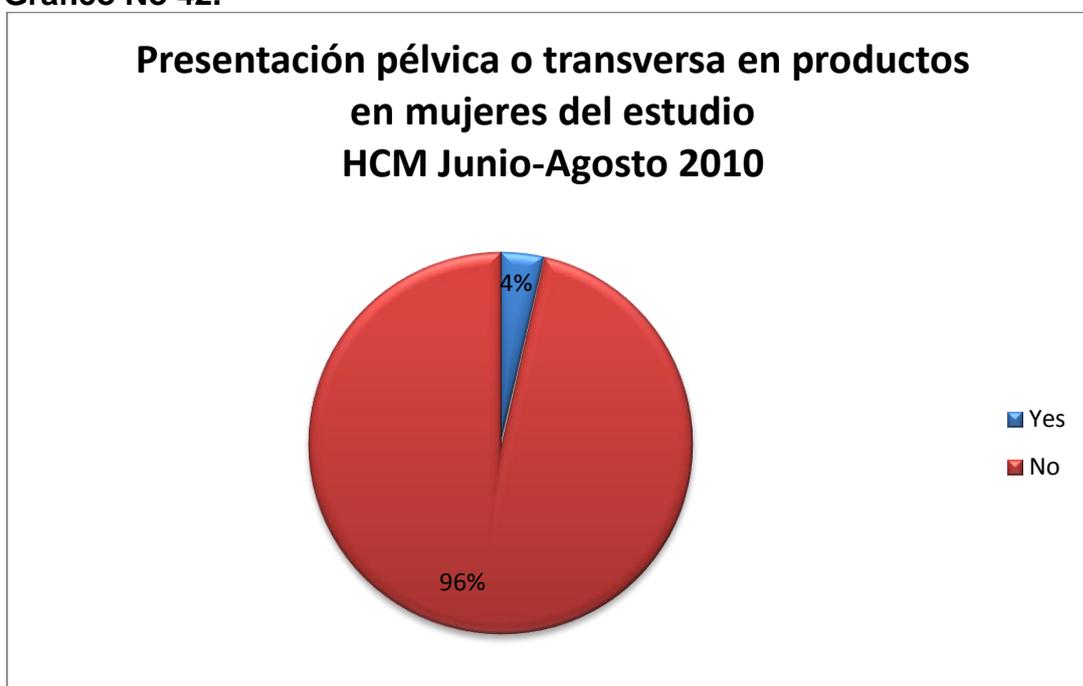
n= 112
Fuente: Tabla No 41

Tabla No 42. Presentación distócica en embarazos en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Presentación pélvica o transversa	Frecuencia
Yes	4
No	108
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 42.



n= 112

Fuente: Tabla no 42

Tabla No 43. Número de ruptura prematura de membranas en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

Ruptura prematura de membranas	Frecuencia
Yes	11
No	101
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 43.



n= 112

Fuente: Tabla No. 43

**Tabla No 44. Mujeres del estudio que presentaron síndrome de HELLP
“Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

Síndrome de HELLP	Frecuencia
Yes	2
No	110
Total	112

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 44.



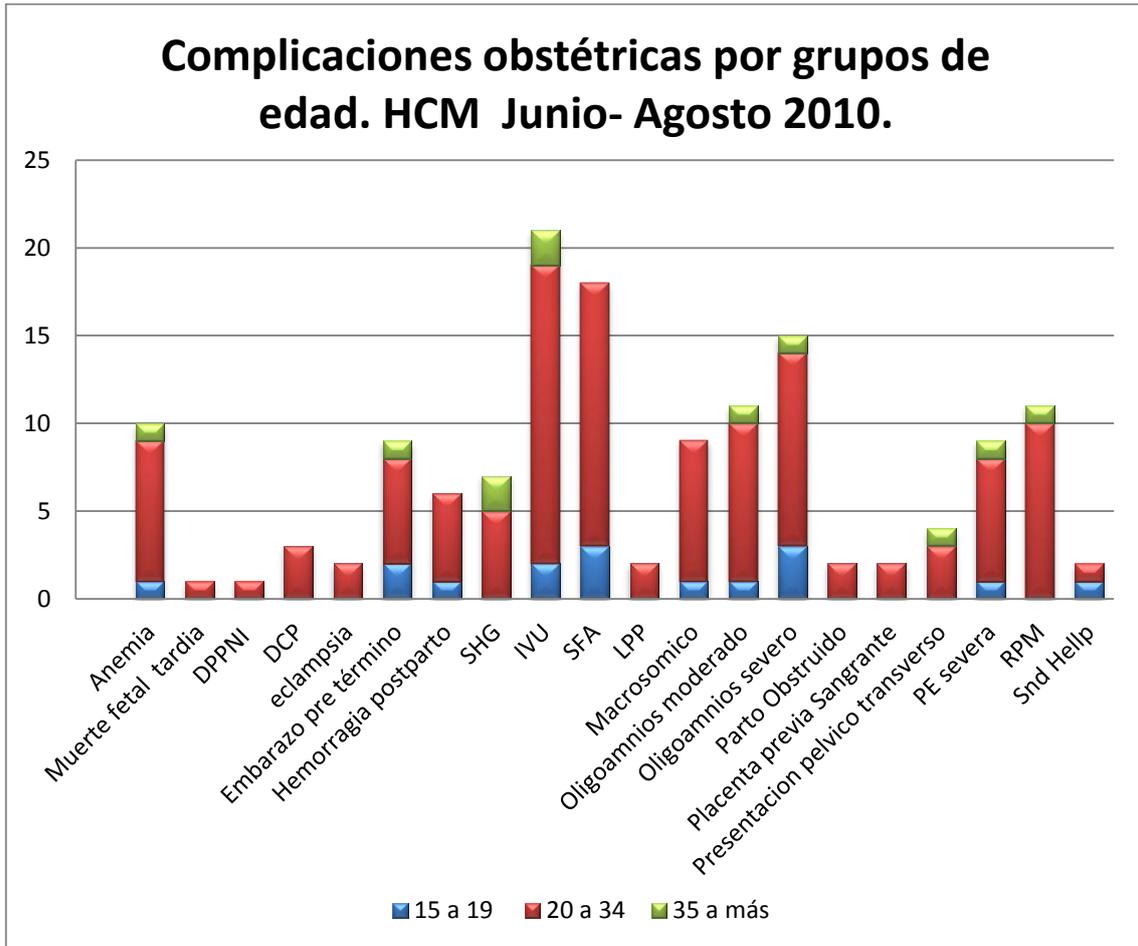
n= 112
Fuente: Tabla No 44

**Tabla No 45. Complicaciones obstétricas por grupos de edad
 “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
 Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

EDAD EN AÑOS			
Complicaciones número de casos	15 a 19	20 a 34	35 a más
Anemia	1	8	1
Muerte fetal tardía	0	1	0
DPPNI	0	1	0
DCP	0	3	0
eclampsia	0	2	0
Embarazo pre término	2	6	1
Hemorragia postparto	1	5	0
SHG	0	5	2
IVU	2	17	2
SFA	3	15	0
LPP	0	2	0
Macrosómico	1	8	0
Oligoamnios moderado	1	9	1
Oligoamnios severo	3	11	1
Parto Obstruido	0	2	0
Presentación pélvico transverso	0	3	1
PE severa	1	7	1
RPM	0	10	1
Síndrome de HELLP	1	1	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 45.



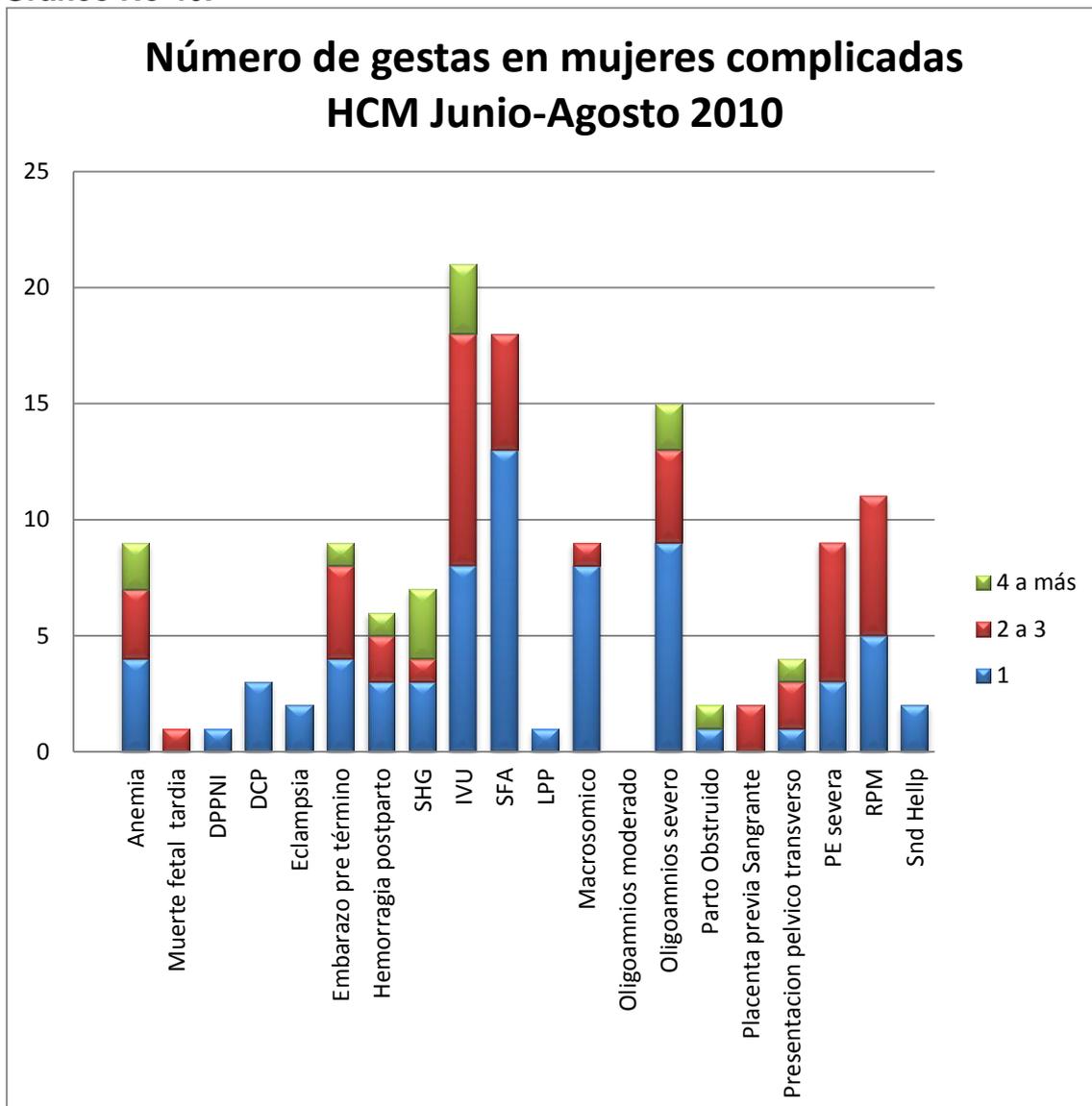
n= 112
 Fuente: Tabla No 45

Tabla No 46. Número de gestas en mujeres complicadas “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

GESTAS				
Complicaciones	número de casos	1	2 a 3	4 a más
Anemia		4	3	2
Muerte fetal tardía		0	1	0
DPPNI		1	0	0
DCP		3	0	0
Eclampsia		2	0	0
Embarazo pre término		4	4	1
Hemorragia postparto		3	2	1
SHG		3	1	3
IVU		8	10	3
SFA		13	5	0
LPP		1	0	0
Macrosómico		8	1	0
Oligoamnios moderado				
Oligoamnios severo		9	4	2
Parto Obstruido		1	0	1
Placenta previa Sangrante		0	2	0
Presentación pélvico transverso		1	2	1
PE severa		3	6	0
RPM		5	6	0
Síndrome Hellp		2	0	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 46.



n= 112

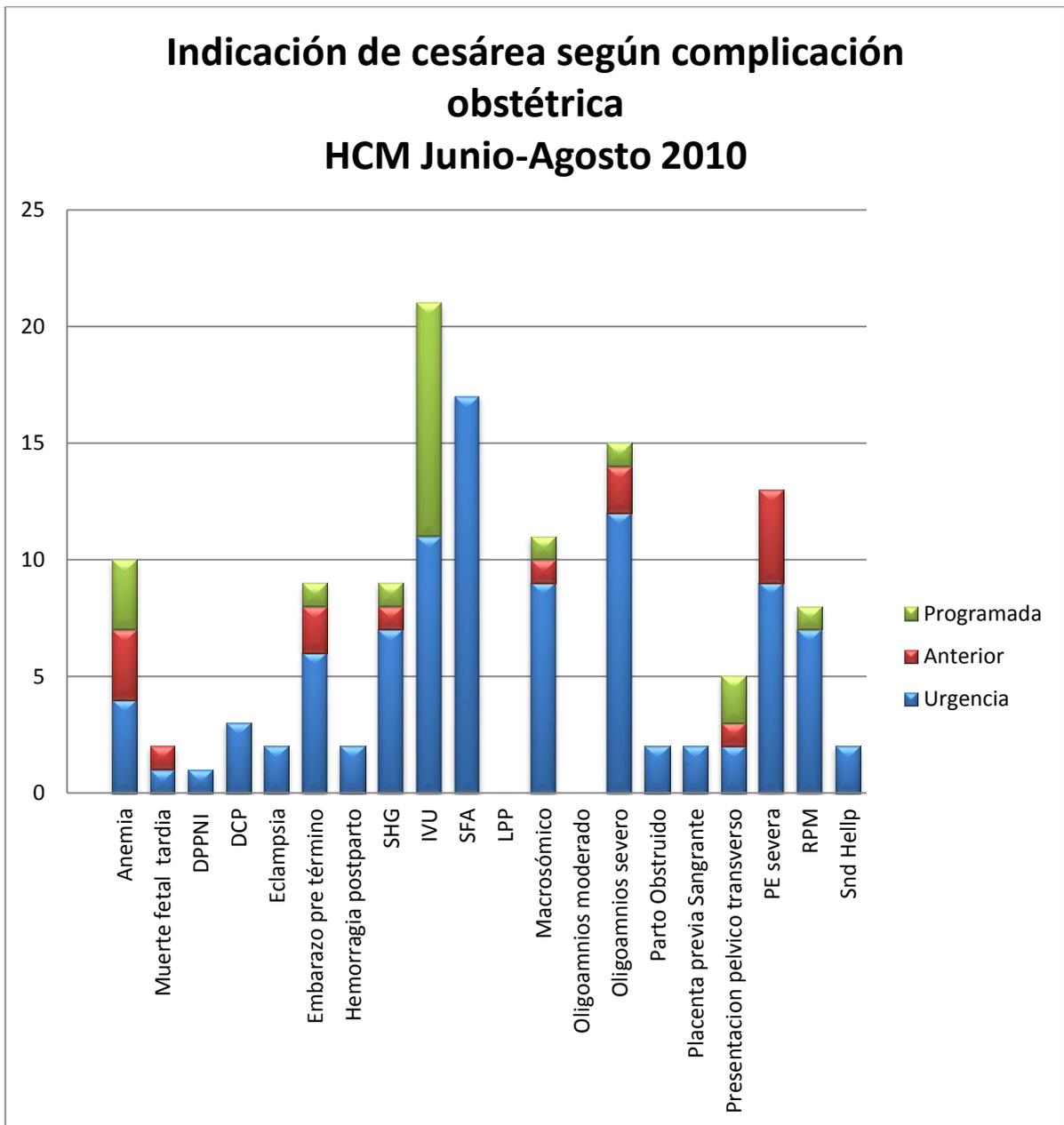
Fuente: Tabla No 46

**Tabla No 47. Indicación de cesárea según complicación obstétrica
 “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital
 Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”**

CESÁREAS				
Complicaciones	número de casos	Urgencia	Anterior	Programada
Anemia	4	4	3	3
Muerte fetal tardía	1	1	1	0
DPPNI	1	1	0	0
DCP	3	3	0	0
Eclampsia	2	2	0	0
Embarazo pre término	6	6	2	1
Hemorragia postparto	2	2	0	0
SHG	7	7	1	1
IVU	11	11	0	10
SFA	17	17	0	0
LPP	0	0	0	0
Macrosómico	9	9	1	1
Oligoamnios moderado	0	0	0	0
Oligoamnios severo	12	12	2	1
Parto Obstruido	2	2	0	0
Placenta previa Sangrante	2	2	0	0
Presentación pélvico transverso	2	2	1	2
PE severa	9	9	4	0
RPM	7	7	0	1
Síndrome de HELLP	2	2	0	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 47.



n = 112

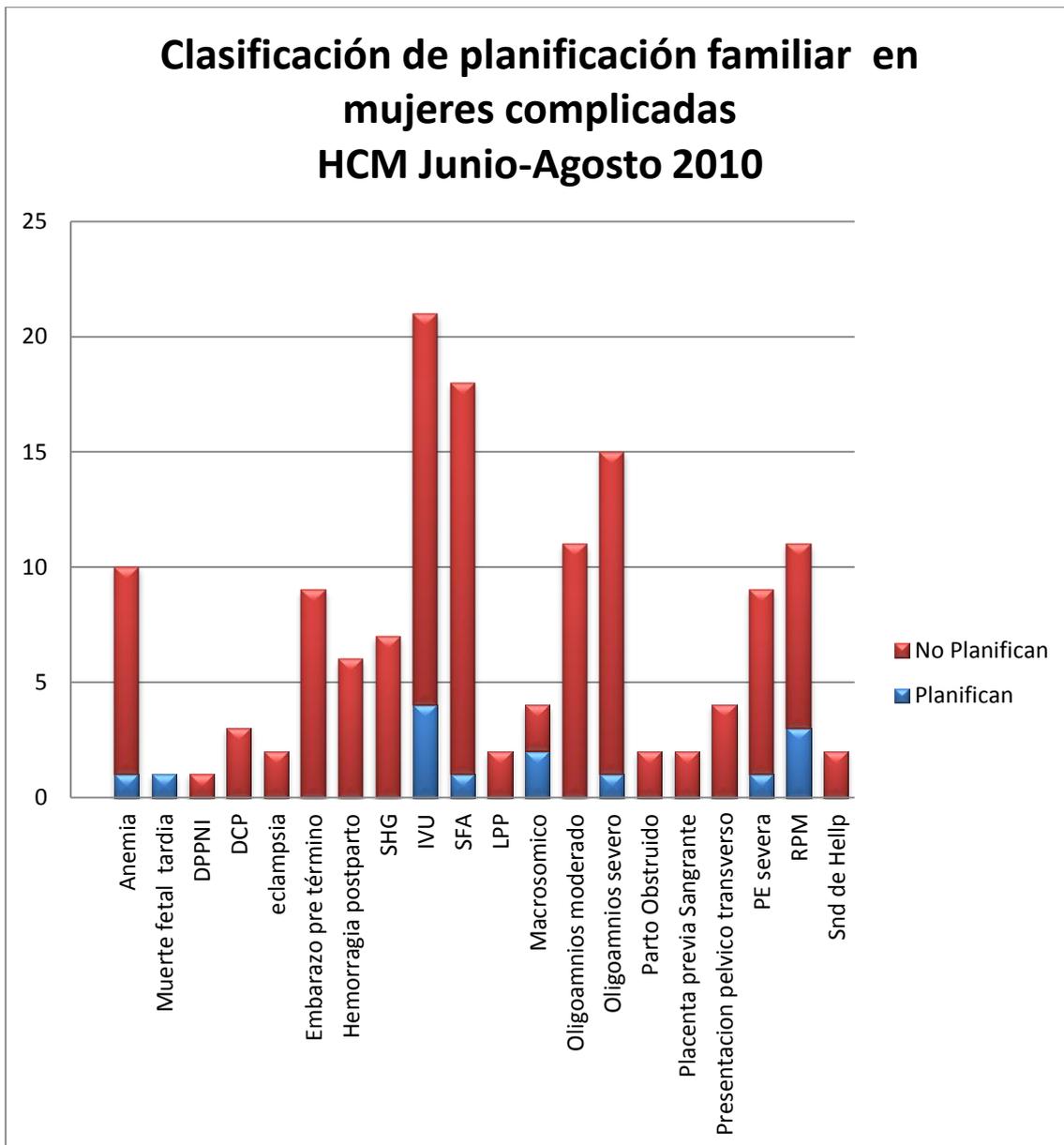
Fuente: Tabla No 47

Tabla No 48. Clasificación de planificación familiar en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

PLANIFICACION FAMILIAR		
Complicaciones número de casos	Planifican	No Planifican
Anemia	1	9
Muerte fetal tardía	1	0
DPPNI	0	1
DCP	0	3
eclampsia	0	2
Embarazo pre término	0	9
Hemorragia postparto	0	6
SHG	0	7
IVU	4	17
SFA	1	17
LPP	0	2
Macrosómico	2	2
Oligoamnios moderado	0	11
Oligoamnios severo	1	14
Parto Obstruido	0	2
Placenta previa Sangrante	0	2
Presentación pélvico transverso	0	4
PE severa	1	8
RPM	3	8
Síndrome de HELLP	0	2

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 48.



n= 112

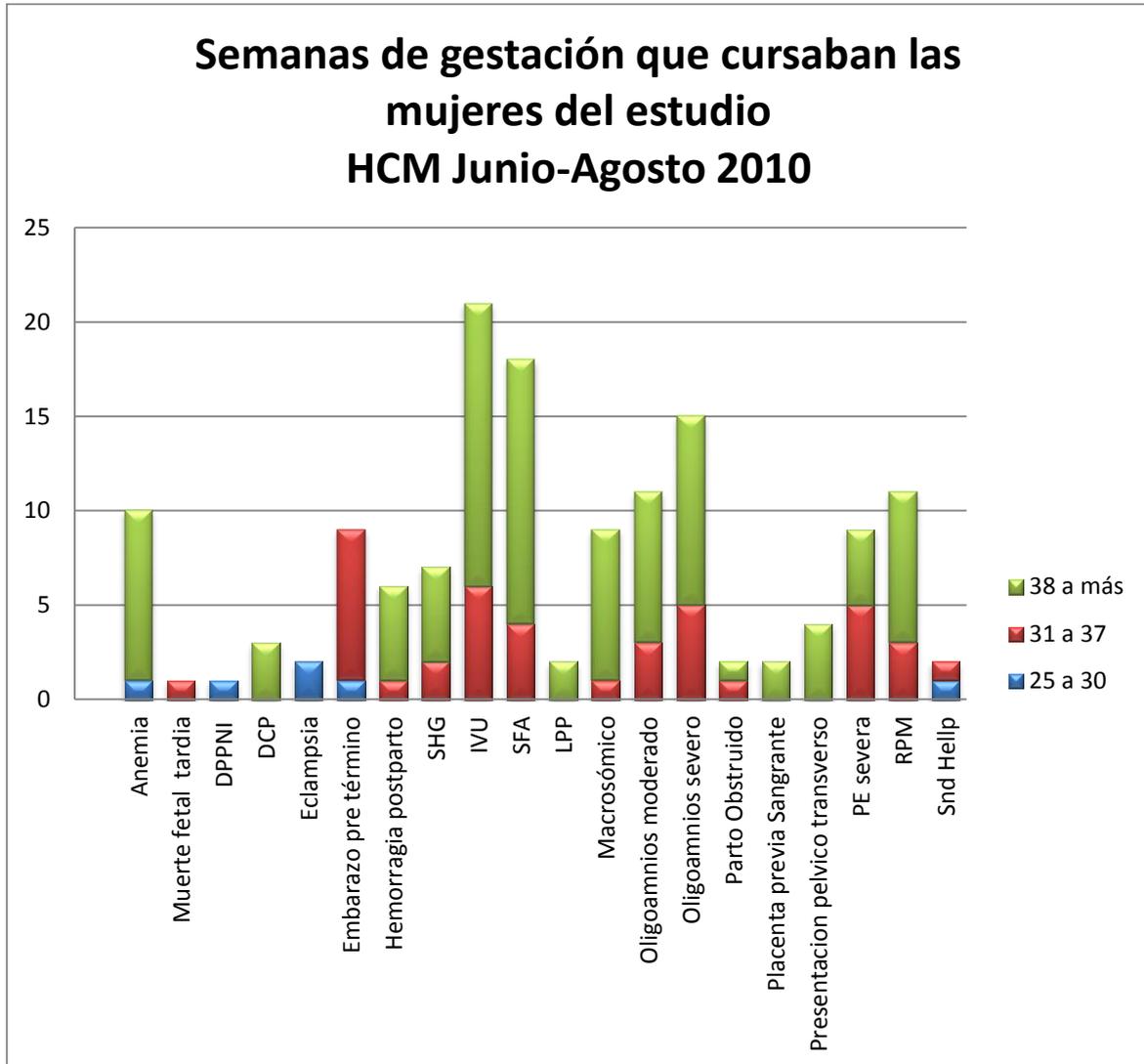
Fuente: Tabla No 48

Tabla No 49. Semanas de gestación que cursaban las mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

SEMANAS DE GESTACION			
Complicaciones número de casos	25 a 30	31 a 37	38 a más
Anemia	1	0	9
Muerte fetal tardía	0	1	0
DPPNI	1	0	0
DCP	0	0	3
Eclampsia	2	0	0
Embarazo pre término	1	8	0
Hemorragia postparto	0	1	5
SHG	0	2	5
IVU	0	6	15
SFA	0	4	14
LPP	0	0	2
Macrosómico	0	1	8
Oligoamnios moderado	0	3	8
Oligoamnios severo	0	5	10
Parto Obstruido	0	1	1
Placenta previa Sangrante	0	0	2
Presentación pélvico transverso	0	0	4
PE severa	0	5	4
RPM	0	3	8
Síndrome de HELLP	1	1	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 49.



n = 112

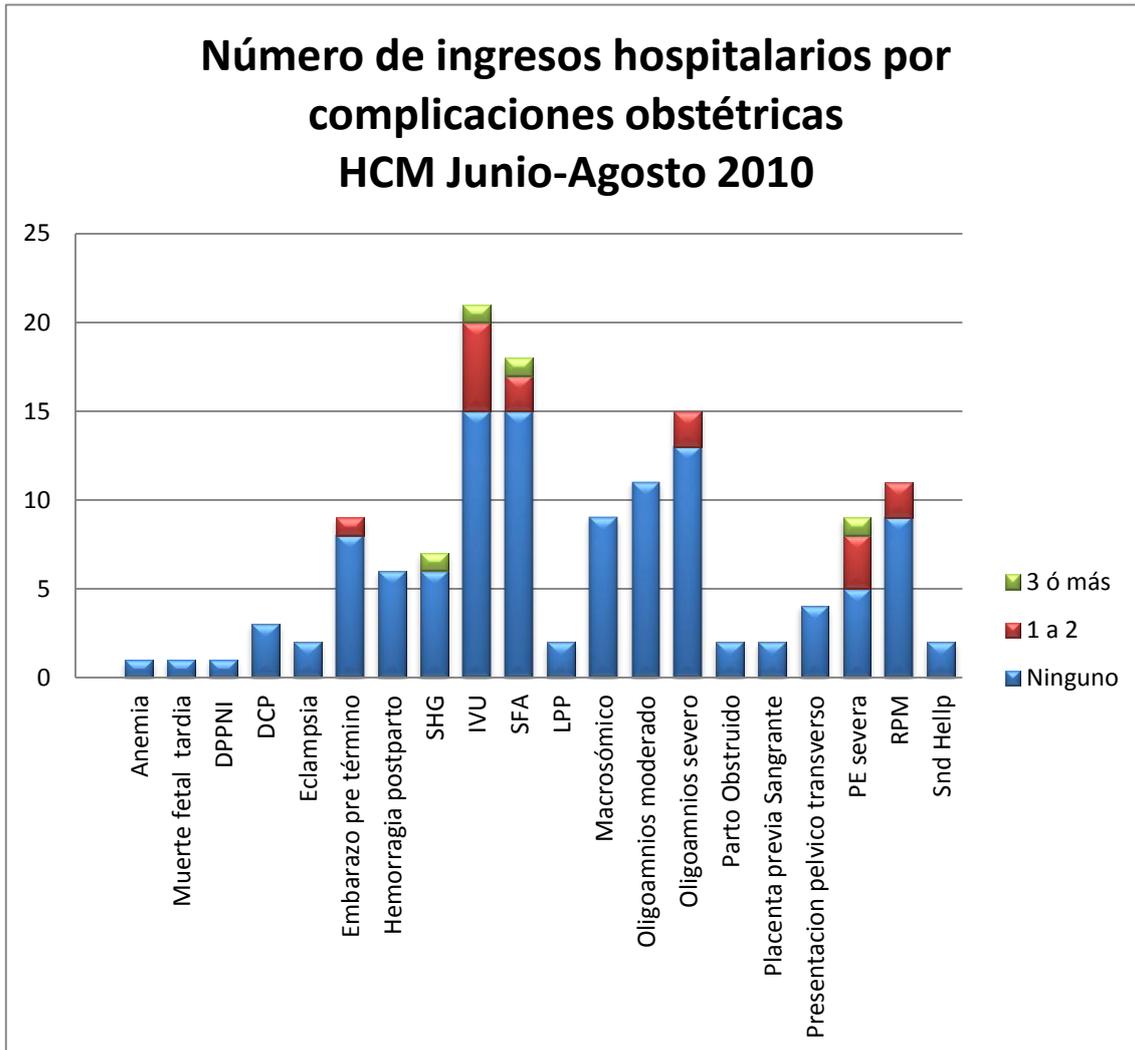
Fuente: Tabla No. 49

Tabla No 50. Número de ingresos hospitalarios en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

No. de ingresos hospitalarios por complicaciones del embarazo			
Complicaciones número de casos	Ninguno	1 a 2	3 ó más
Anemia	1	0	0
Muerte fetal tardía	1	0	0
DPPNI	1	0	0
DCP	3	0	0
Eclampsia	2	0	0
Embarazo pre término	8	1	0
Hemorragia postparto	6	0	0
SHG	6	0	1
IVU	15	5	1
SFA	15	2	1
LPP	2	0	0
Macrosómico	9	0	0
Oligoamnios moderado	11	0	0
Oligoamnios severo	13	2	0
Parto Obstruido	2	0	0
Placenta previa Sangrante	2	0	0
Presentación pélvico transverso	4	0	0
PE severa	5	3	1
RPM	9	2	0
Síndrome de HELLP	2	0	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 50.



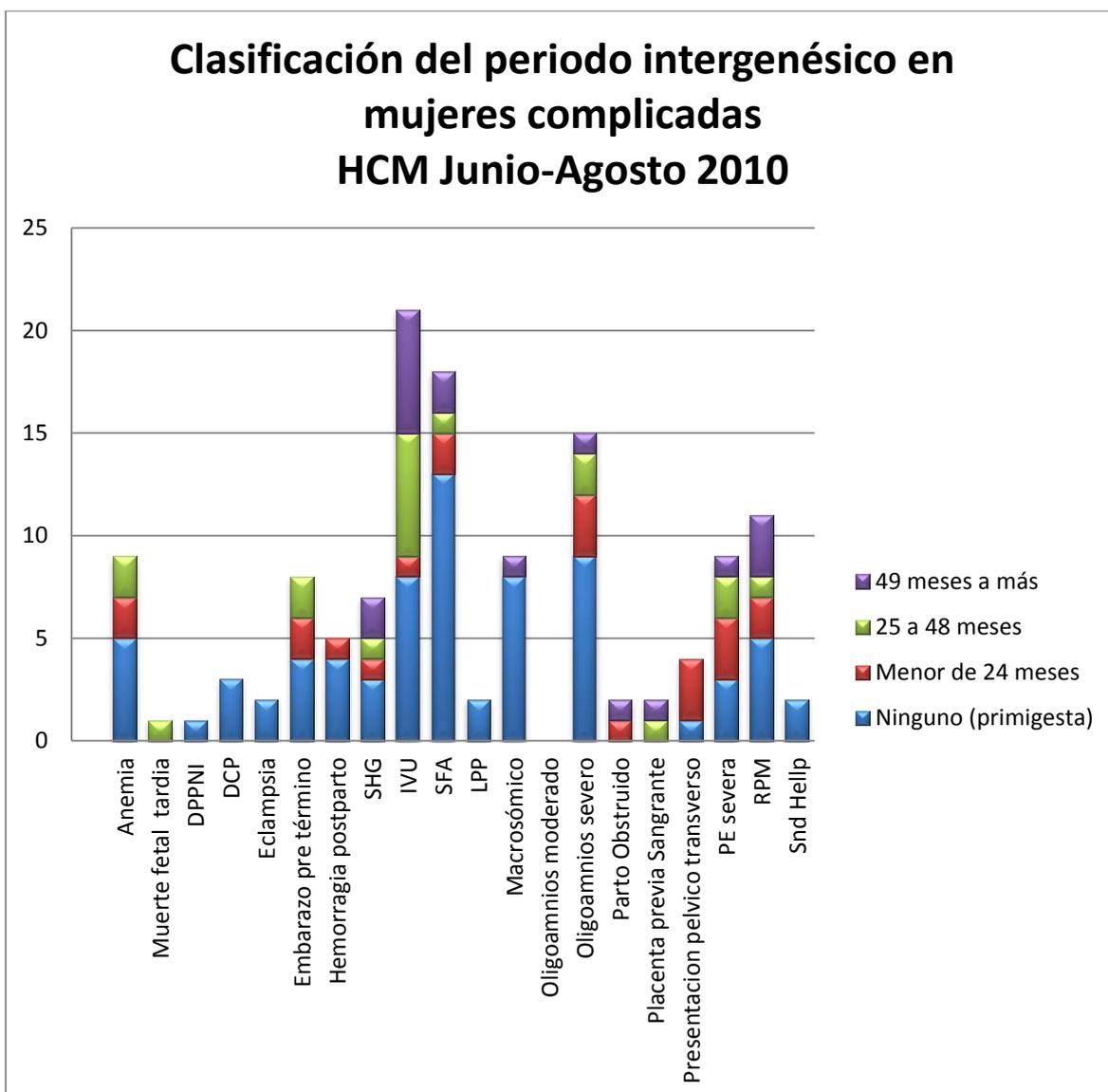
n= 112
Fuente: Tabla No 50

Tabla No 51. Clasificación del periodo intergenésico en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

PERIODO INTERGENESICO				
Complicaciones número de casos	Ninguno (primigesta)	Menor a 24 meses	25 a 48 meses	49 meses a más
Anemia	5	2	2	0
Muerte fetal tardía	0	0	1	0
DPPNI	1	0	0	0
DCP	3	0	0	0
Eclampsia	2	0	0	0
Embarazo pre término	4	2	2	0
Hemorragia postparto	4	1	0	
SHG	3	1	1	2
IVU	8	1	6	6
SFA	13	2	1	2
LPP	2	0	0	0
Macrosómico	8	0	0	1
Oligoamnios moderado	0	0	0	0
Oligoamnios severo	9	3	2	1
Parto Obstruido	0	1	0	1
Placenta previa Sangrante	0	0	1	1
Presentación pélvico transverso	1	3	0	0
PE severa	3	3	2	1
RPM	5	2	1	3
Síndrome de HELLP	2	0	0	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 51.



n= 112

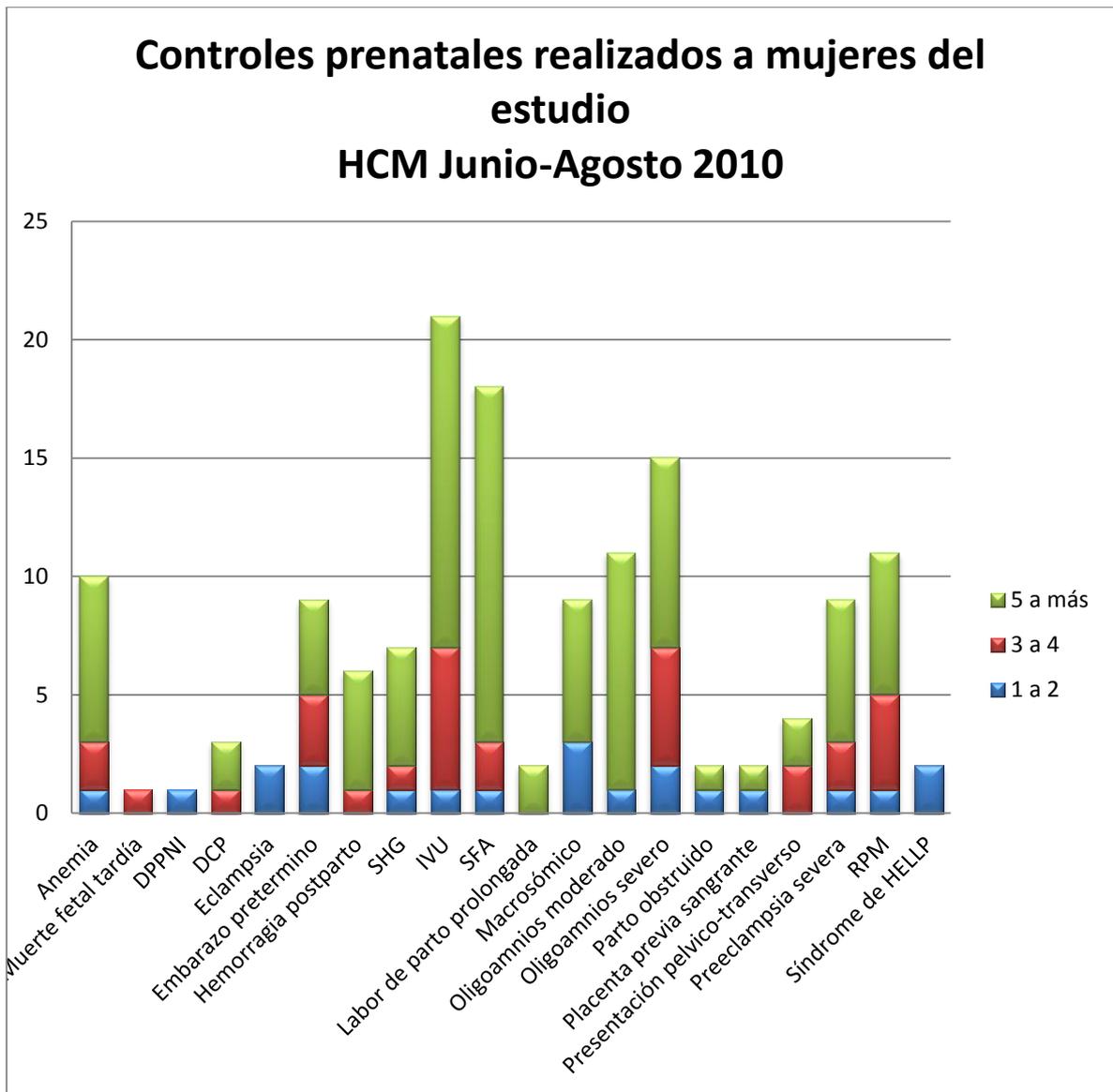
Fuente: Tabla No 51

Tabla No 52. Controles prenatales realizados a mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES			
Complicaciones número de casos	1 a 2	3 a 4	5 a más
Anemia	1	2	7
Muerte fetal tardía	0	1	0
DPPNI	1	0	0
DCP	0	1	2
Eclampsia	2	0	0
Embarazo pretermino	2	3	4
Hemorragia postparto	0	1	5
SHG	1	1	5
IVU	1	6	14
SFA	1	2	15
Labor de parto prolongada	0	0	2
Macrosómico	3	0	6
Oligoamnios moderado	1	0	10
Oligoamnios severo	2	5	8
Parto obstruido	1	0	1
Placenta previa sangrante	1	0	1
Presentación pélvico transverso	0	2	2
Preeclampsia severa	1	2	6
RPM	1	4	6
Síndrome de HELLP	2	0	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 52.



n= 112

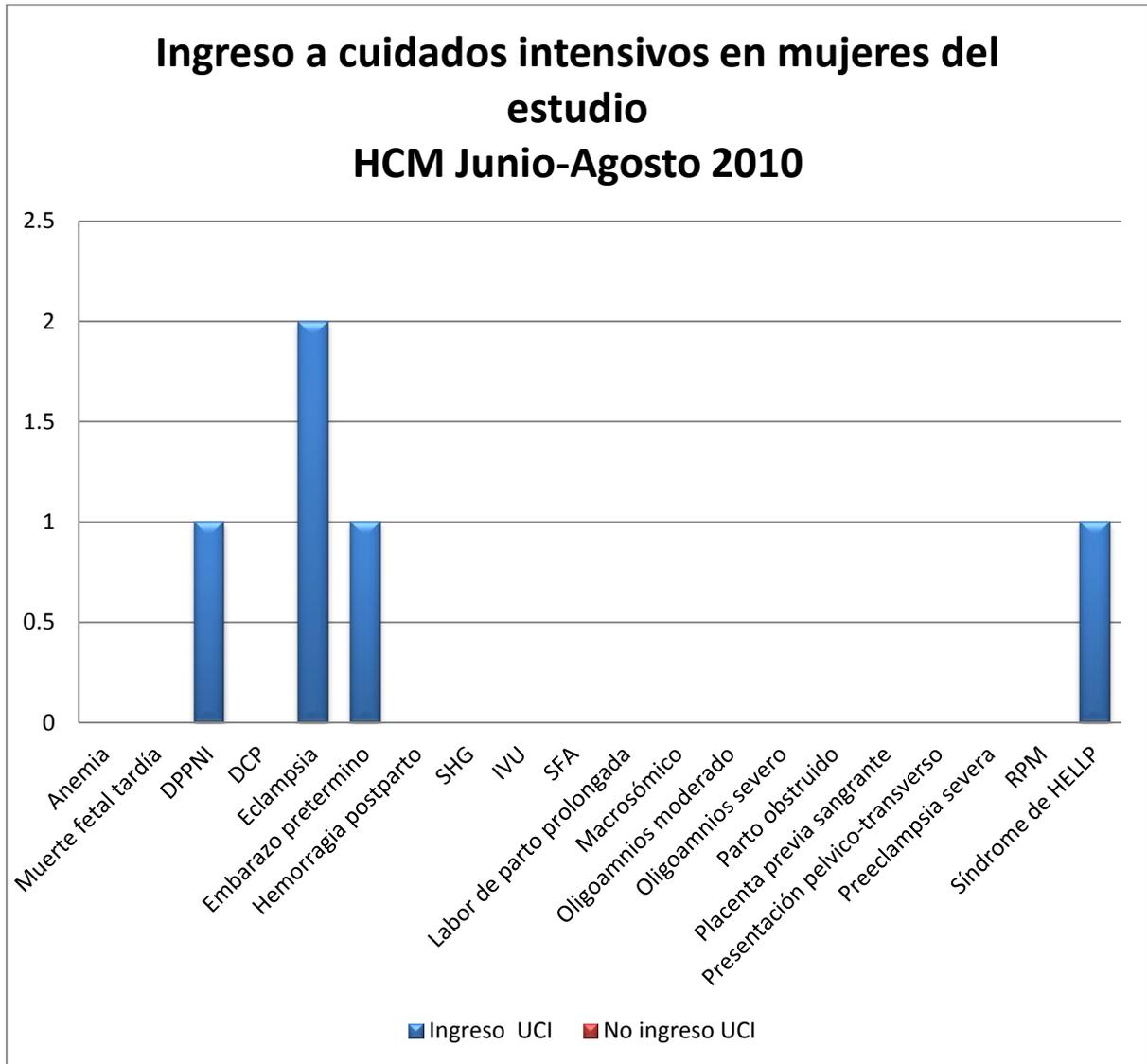
Fuente: Tabla No 52

Tabla No 53. Ingresos a cuidados intensivos en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS		
Complicaciones número de casos	Ingreso UCI	No ingreso UCI
Anemia	0	0
Muerte fetal tardía	0	0
DPPNI	1	0
DCP	0	0
Eclampsia	2	0
Embarazo pretermino	1	0
Hemorragia postparto	0	0
SHG	0	0
IVU	0	0
SFA	0	0
Labor de parto prolongada	0	0
Macrosómico	0	0
Oligoamnios moderado	0	0
Oligoamnios severo	0	0
Parto obstruido	0	0
Placenta previa sangrante	0	0
Presentación pélvico - transverso	0	0
Preeclampsia severa	0	0
RPM	0	0
Síndrome de HELLP	1	0

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 53.



n= 112

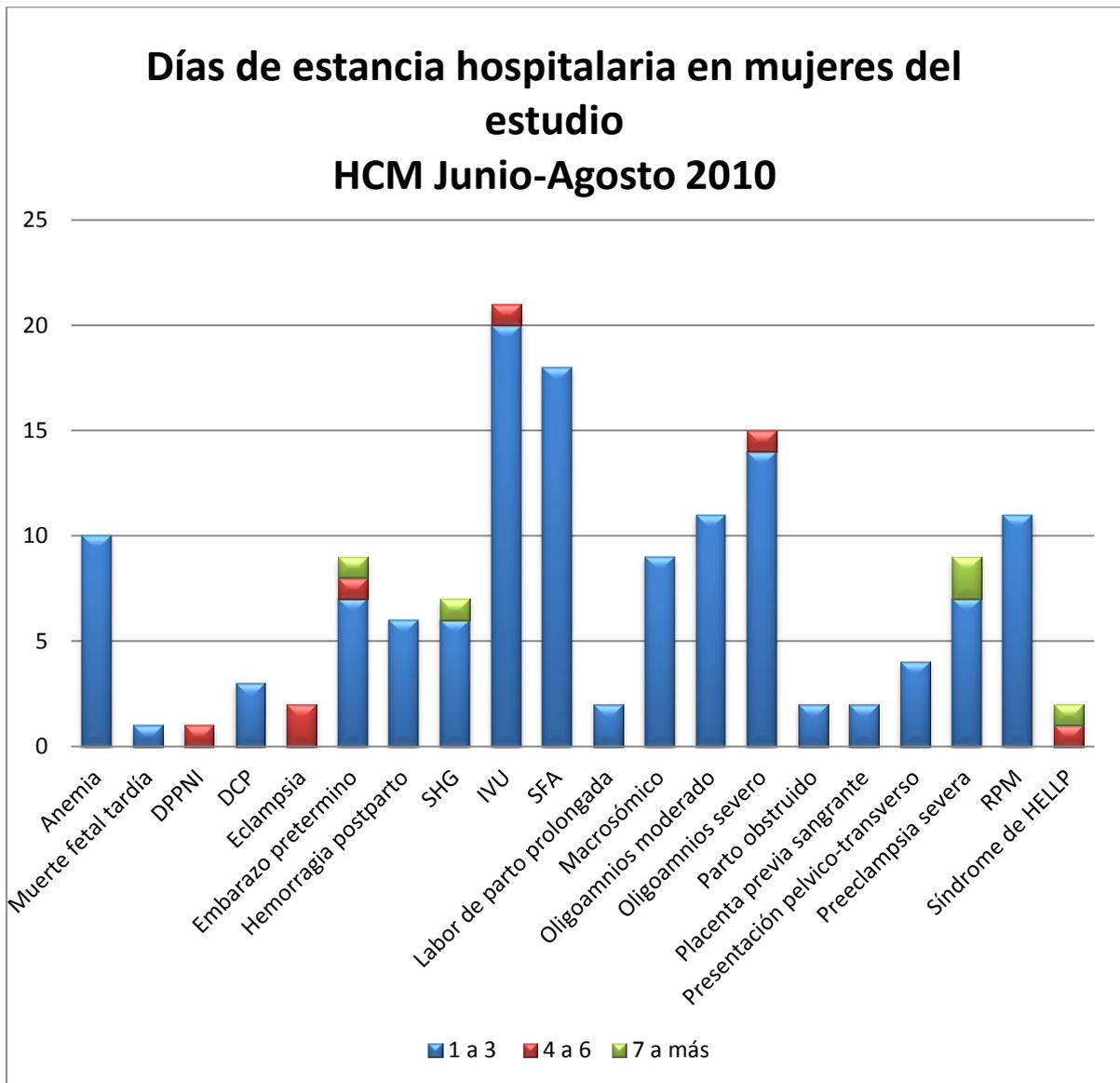
Fuente: Tabla No 53

Tabla No 54. Número de días de estancia hospitalaria en mujeres del estudio “Complicaciones obstétricas en el III periodo del embarazo Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl Junio - Agosto 2010”

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA			
Complicaciones número de casos	1 a 3	4 a 6	7 a más
Anemia	10	0	0
Muerte fetal tardía	1	0	0
DPPNI	0	1	0
DCP	3	0	0
Eclampsia	0	2	0
Embarazo pretermino	7	1	1
Hemorragia postparto	6	0	0
SHG	6	0	1
IVU	20	1	0
SFA	18	0	0
Labor de parto prolongada	2	0	0
Macrosómico	9	0	0
Oligoamnios moderado	11	0	0
Oligoamnios severo	14	1	0
Parto obstruido	2	0	0
Placenta previa sangrante	2	0	0
Presentación pélvico-transverso	4	0	0
Preeclampsia severa	7	0	2
RPM	11	0	0
Síndrome de HELLP	0	1	1

Fuente: Expedientes clínicos de embarazadas del Hospital Central Managua Dr. César Amador Kuhl junio-agosto 2010

Gráfico No 54.



n= 112

Fuente: Tabla No 54