

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÉDICO Y CIRUJANO**

Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” del municipio de Waslala, Matagalpa, enero a diciembre 2016

Autores: Br. Stephanie Navas Molina
Br. Fidel Guzmán Sevilla

Tutor: Dr. Wilbert Daniel López Toruño
Máster en Salud Pública
UNAN Managua

Managua, 2017

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación.....	5
4. Planteamiento del problema	6
5. Objetivos	7
6. Marco teórico	8
7. Diseño metodológico.....	41
8. Resultados	52
9. Análisis de los resultados.	55
10. Conclusiones	59
11. Recomendaciones.....	60
12. Bibliografía.....	61
13. Anexos.....	64

Introducción

El embarazo, parto y puerperio son procesos fisiológicos que deberían desarrollarse sin problemas para el binomio materno fetal. Sin embargo, en ocasiones ocurren disrupciones durante estos procesos, es decir, complicaciones obstétricas que pueden ocasionar morbilidad, secuelas y hasta la muerte de la madre o del feto.

A nivel mundial, cada día fallecen alrededor de 830 mujeres relacionadas con el embarazo o con el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes maternas, la mayoría ocurrieron en países en vías en desarrollo y también pudieron haberse evitado. (Alkema L, 2016)

En Nicaragua se registran en el período 2000-2011, 1,169 muertes maternas, concentrándose el 62% en cinco SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua (9,7%). Estableciéndose que la principal complicación obstétrica que se presenta es la hemorragia postparto y el síndrome hipertensivo gestacional como la segunda causa de muerte. (MINSAL, 2013)

Siendo Matagalpa uno de los SILAIS más afectados, y Waslala el municipio con más dificultad de acceso al Hospital Regional dado que geográficamente pertenece a la Región Autónoma Caribe Norte, es necesario que se describan las complicaciones obstétricas que se presentan en el Hospital Primario Fidel Ventura del Municipio de Waslala ya que no existe un estudio previo en el Municipio que nos brinde una fuente de información importante para estudiar y dar a conocer sobre el porcentaje de muertes maternas y el comportamiento de las enfermedades y complicaciones que se presentan en esta unidad hospitalaria.

Antecedentes

A nivel internacional,

En el 2013, en un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal sobre complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales, Colombia, se encontró que El 61% de las pacientes presentó vaginosis bacteriana y un 22% candidiasis vaginal, un 14% presentó vaginosis mixta; las complicaciones más frecuentes fueron amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). La mayoría de las pacientes procedían de zona urbana (77%), seguramente porque tienen mayor accesibilidad a la consulta con el especialista para la obtención de un diagnóstico temprano. (Cristian Perugache, 2013)

En el año 2015; Balestena, Milán y Pereda; efectuaron una investigación sobre “La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento” a través de un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítica en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río entre 2012 y 2013; encontrando que la morbilidad intraparto se manifestó en el 13.1%, mientras la puerperal en el 26.7%. Hubo una elevada asociación del embarazo prolongado con la enfermedad hipertensiva, el oligoamnios y la anemia ($p < 0,001$), también con la inducción del parto ($p < 0,001$) y la cesárea ($p < 0,001$), así como con la morbilidad puerperal ($p < 0,001$). (Balestena, Pereda, & Milán, 2015)

A nivel nacional,

Durante el año 2012, Tinoco y Torrez a través de su estudio “Complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN”; de tipo descriptivo, encontrando que las principales complicaciones obstétricas reportadas fueron: síndrome hipertensivo gestacional, amenaza de parto pretérmino y hemorragia posparto, respectivamente. Todas las pacientes egresaron vivas, siendo los primeros dos más frecuentes en pacientes jóvenes y la hemorragia posparto más frecuente en pacientes edad materna avanzada y multíparas. (Tinoco & Torrez, 2012)

En el 2012 se realizó un estudio en la sala de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque, en todas las pacientes con morbilidad extrema secundaria a complicaciones obstétricas en el período comprendido de Enero 2010 a Diciembre 2012. Reflejó que la población más afectada corresponde a pacientes de 19 a 35 años, sin ningún embarazo previo, la mayoría sin antecedentes personales patológicos, al momento del ingreso a sala de UCI el estado general era grave, las causas principales por las que ingresaron las pacientes eran por síndrome hipertensivo gestacional, en su mayoría eran de procedencia urbana, amas de casa, presentaron el evento en el anteparto, sólo se les realizó un procedimiento quirúrgico en su mayoría y no presentaban patologías asociadas, el tiempo de búsqueda de asistencia médica desde el inicio de la enfermedad fue menor a 3 días, se les aplicó las normas y protocolos casi en su totalidad de las pacientes, la mayoría de estas se trasladaron en menos de 24 horas a esta unidad hospitalaria, y el tipo de egreso más frecuente fueron las near miss. (Ubeda, 2012)

Urroz y Algaba en el año 2014, en su tesis monográfica sobre complicaciones obstétrica durante el parto y puerperio inmediato, describieron que un tercio tenía antecedentes patológicos, más de la mitad eran nulíparas, 3% tenía antecedente de abortos previos y el 4,7% había tenido alguna cesárea. El 23% de los embarazos fueron a término y la mayoría se había realizado 4 o más CPN. Las principales complicaciones obstétricas observadas fueron: RPM (51,6%) síndrome hipertensivo gestacional (36%) y hemorragia postparto (4,3%) causada principalmente por atonía/hipotonía uterina, sepsis puerperal (3,1%), APP (0,4%). (Urroz & Algaba, 2014)

En el año 2015, en el Hospital Alemán Nicaragüense, la Dra. Solís Cooper realizó un estudio retrospectivo de corte transversal sobre Morbimortalidad Materna y resultados perinatales en pacientes obstétricas Ingresadas en la unidad de cuidados intensivos Hospital Alemán Nicaragüense Enero – Diciembre 2014, encontrando que la mayoría de las pacientes estudiadas eran de 20 a 34 años de edad, religión católica, con educación primaria, acompañadas, amas de casa, la mayoría procedían de Tipitapa, la mayoría tenían 4 a más controles prenatales, la mayoría no tenían antecedentes patológicos ni enfermedades en el embarazo, ingresaron con diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional y la principal vía de finalización del embarazo fue la cesárea.

El período de estancia antes del ingreso a UCI fue corto, el principal criterio de ingreso a UCI fue protocolo de preeclampsia grave, los procedimientos invasivos en UCI son de baja frecuencia, el procedimiento quirúrgico más frecuente fue la cesárea seguida de la histerectomía y el momento de aparición de la complicación fue tercer trimestre y durante el parto. El período de estancia de las pacientes fue corto de 24 a 48 horas en su mayoría, la mayoría no tuvo complicaciones de su enfermedad, el porcentaje de mortalidad materna es muy bajo, la paciente que murió fue por una meningitis séptica, Los resultados perinatales fueron similares a los de las pacientes no complicadas, solamente 3 pacientes requirieron ser trasladadas a otra unidad. (Solis Cooper, 2015).

Justificación

La razón de mortalidad materna es un indicador que permite vigilar la salud materna, evaluar los riesgos obstétricos y medir el avance en el apoyo de los servicios de salud a una maternidad segura en el país (OMS, 2014).

Por lo tanto, una muerte materna no solo afecta a nivel social como la pérdida de un integrante de la familia afectada, o un aumento del número de niños dejados en orfandad; o a nivel económico ya que muchas madres solteras fallecen siendo la única fuente de ingresos para su familia; sino que también mide el desarrollo del país en cuanto a la prestación adecuada de servicios de salud, porque las estadísticas han demostrado que la mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas.

Se conoce que aproximadamente 34 mujeres mueren cada hora en el mundo secundario a complicaciones obstétricas, en Nicaragua cada mes fallecen 8 mujeres aproximadamente, según las estadísticas presentadas previamente; por lo que se considera necesaria la realización de este estudio mediante el cual se contribuirá a informar a la población y a las partes interesadas sobre los datos estadísticos relacionados con las complicaciones obstétricas más frecuentes en el municipio de Waslala, que forma parte del SILAIS Matagalpa.

Además esta investigación podrá servir de referencia para futuras investigaciones sobre este tema para prevenir situaciones de riesgo de las pacientes, mejorando de esta forma el nivel de vida de las mujeres y contribuyendo con el objetivo primordial del Ministerio de Salud de alcanzar la excelencia en la atención de la mujer embarazada disminuyendo así la morbilidad materna y perinatal.

Planteamiento del problema

La defunción materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o a los 42 días posteriores a la finalización del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas incidentales o accidentales. (OMS/OPS, 2003)

El embarazo ya sea en adolescentes o mujeres antes de los 30 años, limita a estas mujeres a un desarrollo socioeconómico deseable, a la continuidad en los estudios y pone en riesgo a no ser instalada en un futuro como mano de obra calificada. Toda esta problemática compleja acarrea una serie de complicaciones en todo el proceso reproductivo, colocando en riesgo la vida de la madre.

El interés en la realización de este estudio surge en que al ser un Hospital de atención primaria se atienden partos de bajo y alto riesgo en los que se presentan complicaciones obstétricas sin embargo, existe un desconocimiento del comportamiento clínico y epidemiológico de cada una de ellas, falta de sistematización de la información y limitaciones del monitoreo de la base de datos de dichas complicaciones presentadas en el hospital de Waslala; este estudio podrá definir un punto de partida, para identificar a profundidad los diferentes fenómenos que se relacionan con las complicaciones obstétricas, con la finalidad de generar propuestas que desarrollen estrategias y así mejorar la salud reproductiva de la mujer.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el comportamiento clínico y epidemiológico de las complicaciones obstétricas presentadas en el hospital Primario “Fidel ventura” del municipio de Waslala departamento de Matagalpa en el período de enero a diciembre 2016?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel ventura” del municipio de Waslala, departamento de Matagalpa en el período de enero a diciembre 2016.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Señalar los antecedentes personales patológicos, no patológicos, familiares y gineco-obstétricos de las pacientes en estudio.
3. Mencionar la evolución clínica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en período de estudio.
4. Determinar la situación epidemiológica de las pacientes.

Marco teórico

1. Complicación obstétrica materna

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. (Ishikawa & Raine, 2009). Estas pueden llevar a la morbilidad extrema y/o defunción de una mujer.

La definición de morbilidad obstétrica extrema (también conocida como Near Miss), según RC Pattinson, es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre. (Reyes, y otros, 2016).

Se entiende por Muerte Materna (MM) a la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las muertes maternas pueden ser de dos tipos; en primer lugar las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados. Y en segundo lugar, las muertes obstétricas indirectas que son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después de finalizar el embarazo pero antes de un año de haber terminado el embarazo. (OPS/OMS, Estandares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna, 2003).

La mortalidad materna (MM) es un problema multifactorial de salud pública, además genera un efecto devastador en la familia, comunidad y en la sociedad. Es la expresión más clara de desigualdad entre países y dentro de las mismas fronteras nacionales, siendo en su mayoría

evitable. Según estudios realizados, no se puede predecir con certeza cuáles serán las mujeres que experimentarán complicaciones obstétricas, por tanto se debe asegurar que una intervención eficaz e inversión en maternidad sin riesgo no solo reduciría la MM, sino que también contribuiría a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres.

Los factores de riesgo determinantes de la mortalidad materna son:

A.- Condición de riesgo: las condiciones de riesgo se refieren a factores endógenos de la madre y producto de la gestación tales como factores biológicos, hábitos y estilos de vida de las madres y su familia que determinan peligros para la evolución natural del embarazo, entre los cuales destacan la condición nutricional (la anemia, desnutrición y obesidad), multiparidad, intervalo intergenésico corto, edades extremas, adolescencia, enfermedades subyacentes como diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, sida, hábito tabáquico, alcohólico y farmacodependencias.

B.- Vulnerabilidad: es el producto de la carencia o limitación de una condición o conjunto de condiciones protectoras, objeto de los derechos sociales, que debilitan las capacidades de la madre y su familia para anticiparse a los riesgos del embarazo, parto, puerperio o nacimiento, crecimiento y desarrollo e incluye aspectos geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y factores sanitarios protectores.

Ellos son:

1. Geográficos, como la residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, que constituyen una barrera importante para la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud.
2. Socioeconómicos, culturales y educativos que se relacionan no solo con la carencia de dinero, sino con el desempleo, la ausencia o bajo nivel educativo y la carencia de vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento y pobres condiciones sanitarias, falta de una pareja que le brinde apoyo y protección.
3. Sanitarios, referido a debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención.

A fin de evitar el riesgo de MM, resulta esencial contar con un sistema de salud que garantice la provisión de los insumos, equipamientos e infraestructura, sistema de comunicación efectivo y eficaz, derivaciones y transporte. Las familias y comunidades deben poder reconocer las complicaciones y contar con la motivación para intervenir cuando una madre o un bebé están en peligro.

C.- Factores sanitarios protectores: representados por el conjunto de derechos sociales, vivienda, espacios saludables recreación, transporte, salud, educación, alimentación, empleo, seguridad social dentro del marco de justicia y equidad.

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas, corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que estas muertes no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de demoras que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. No sobra recordar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención.

Si bien hay numerosos factores que contribuyen a la MM, la investigación se centra en aquellos descritos por Thaddeus y col. los cuales afectan el intervalo entre la aparición de las complicaciones obstétricas y sus resultados. Se examinan, entonces, aquellos factores que: 1) Retrasan la decisión de buscar atención. 2) Producen retraso para llegar a un centro de salud y 3) Retrasan la prestación de una atención adecuada. Las pacientes que hacen una oportuna decisión de acudir a dichos servicios pueden sufrir un retraso, debido a la dificultosa accesibilidad a los mismos, lo que es un problema que se agrava en los países en vías de desarrollo.

Thaddeus y col. en 1994, realizaron un estudio multicéntrico de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en 500 mil mujeres a nivel mundial identificando las diferentes dificultades que enfrentaban para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad. Estas demoras fueron agrupadas en tres etapas:

1- Demora en decidir buscar atención: la decisión de buscar ayuda es el primer paso para recibir cuidados obstétricos de emergencia. Depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir. La distancia a la instalación de salud, disponibilidad, eficiencia del transporte y costos, influyen en la toma de decisión de buscar ayuda.

2- Demora en identificar y acceder a un servicio de salud: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.

3- Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación. (Maza, Vallejo, & Gonzalez Blanco, 2012)

2. Contexto epidemiológico

A nivel global, ocurren 136 millones de nacimientos, aproximadamente 500 mil madres morirán por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. El 99% de esta tragedia mundial ocurre en los países más pobres de la tierra. Más del 70% de las muertes maternas ocurren por cinco causas principales: hemorragias, infecciones, aborto, hipertensión y parto obstruido. Se ha observado un cambio en el perfil etiológico en aquellos países con experiencia más favorables, como Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile, países en los cuales ha aumentado la proporción de las llamadas causas indirectas (no obstétricas) de mortalidad materna. (Gonzalez P, 2010).

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

En el período 2000-2009 se registran 1141 muertes maternas, de estas 996 están vinculadas al embarazo, parto y puerperio, concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua (9,7%). 520 de las muertes (53,0%) ocurrieron a nivel institucional (hospitales, centros y puestos de salud, centros alternativos), 397 (40%) en domicilio y 79 muertes (8,0%) tuvieron como lugar de ocurrencia la vía pública y otros.

La mayoría de las muertes obstétricas (58,5%), ocurrieron en mujeres entre las edades de 20 a 34 años y un 22,4% ocurren en las edades de 35 a 54 años; mientras que 17,5% se presentaron en adolescentes entre 15 a 19 años. En este grupo de edad también se aprecia una disminución importante de la RMM, la cual pasó de 71,4 en 2004 a 29,1 en 2009.

De las 174 muertes maternas en este grupo de referencia, 113 (65,0%) se focalizan en cinco SILAIS siendo estos: Matagalpa, RAAN, Jinotega, RAAS y Managua.

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

De las causas obstétricas indirectas las más frecuentes son: enfermedades del sistema respiratorio (32), enfermedades cerebrales (31), cardiopatías (19), enfermedades del sistema circulatorio (15), enfermedades del sistema hematológicas (14). 6 Del total de muertes ocurridas (1141) el 13% fueron consignadas como muertes maternas no obstétricas. Las principales causas de muerte en este grupo son intoxicaciones (70), accidentes (25), agresión (25), otras causas (25). (OPS/OMS, Tendencia de la razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua según quinquenios).

3. Contexto sociodemográfico en relación a complicaciones obstétricas

a. Edad

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

El embarazo en mujeres de 35 o más años ha sido definido como embarazo en edad materna avanzada (*advanced maternal age*), aunque otros utilizan este término a partir de los 40 años, y como embarazo en edad muy avanzada a partir de los 45 años (*very advanced maternal age*, *extremely advanced maternal age*) para resaltar la condición de mayor riesgo materno-perinatal de esas edades maternas. (Enrique Donoso, 2014).

b. Procedencia y escolaridad

La mortalidad materna representa un problema prioritario en el panorama sanitario internacional, pues refleja indirectamente el grado de avance de un país y de su sistema de salud. Los países con mayores indicadores relacionados con muerte materna son aquellos en vías de desarrollo, con alto componente de analfabetismo y con zonas rurales poco accesibles. (Mayca, Palacios-Flores, Velásquez, & Castañeda, 2009).

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas; provocando una situación de abandono económico y social en la madre y el niño, generando una situación de vulnerabilidad durante el embarazo. (Molina, Ferrada, & Cols, 2004).

Así también es importante reconocer los elementos geográficos propios de las zonas rurales, que afectan a las familias que residen en ellas y que dificultan la atención obstétrica en dichos niveles, las que conformarán la adecuación cultural tan necesaria en la atención obstétrica actual. En tal sentido, se hace necesario comprender y conocer las percepciones y costumbres de la población con la que estamos relacionados para promover la atención del parto humanizado institucional y disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas maternas y perinatales.

4. Antecedentes patológicos y ginecoobstétricos relacionados con complicaciones obstétricas

Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la Preeclampsia. Las edades maternas extremas, exposición limitada al esperma de la pareja, cónyuge con antecedente de PE en un embarazo con otra mujer, antecedente de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino incrementan el riesgo de que la paciente desarrolle Preeclampsia en el embarazo. (Valdés & Hernández, 2014)

La preeclampsia se presenta en el 5-10 % de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigestas (85 %), la padecen del 14,5 al 20% de las pacientes con embarazo múltiples. (Valdés & Hernández, 2014).

La gran multiparidad representa un riesgo 2 a 4 veces mayor para hemorragia posparto. La explicación de este hallazgo se puede encontrar en que no es la contracción del útero la que previene la hemorragia, sino la retracción de la fibra miometrial. Esta retracción se ve afectada en el útero de la GM por la edad, la cicatrización y el agotamiento. Igualmente, cambios escleróticos en los vasos uterinos llevan a que éstos se ocluyan con más dificultad, lo que facilita el sangrado continuo y puede llevar a una hemorragia posparto. (Reyes O. , 2011).

5. Clasificación de complicaciones obstétricas

Hemorragia de la Primera mitad del embarazo

El sangrado es precoz si se presenta en la primera mitad del embarazo, como el Aborto, el Embarazo Ectópico y la Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

Aborto

El 10 al 15% de los embarazos documentados terminan en aborto espontáneo, ocurriendo el 80% en el primer trimestre, siendo la principal causa las malformaciones cromosómicas (80 - 90%) de estos.

Se define como la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (Impera el peso sobre las semanas de gestación).

Dentro de su etiología se puede encontrar:

- Causas ovulares (representan el 80-90% de los abortos espontáneos: factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales).
- Maternas orgánicas: sistémicas y locales referidas al aparato reproductor. (Tuberculosis, Toxoplasmosis, Enfermedad de Chagas, Infecciones pélvicas-genitourinarias, Desgarros cervicales).
- Funcionales (Endocrinopatías: Diabetes, Hipertiroidismo, Cuerpo lúteo insuficiente).
- Inmunológicas: Lupus Eritematoso.
- Psicodinámicas: Stress extremo, Sicosis.
- Tóxicos: Intoxicación con Plomo, Mercurio, Alcoholismo.

- Carencial: Hipovitaminosis, anemia, malnutrición, falta de oligoelementos.
- Traumatismos físicos.
- Social: violencia física y sexual.

Manifestaciones clínicas: Formas clínicas, signos y síntomas.

- Amenaza de aborto: Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.
- Aborto inminente o en curso, se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.
- Aborto inevitable: Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.
- Aborto frustrado, diferido o Huevo muerto retenido: El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.
- Aborto incompleto: El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.
- Aborto completo: El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.
- Aborto Séptico: Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobreagregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa.
 - Temperatura mayor a 37.5°C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.
 - Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (endometritis).
 - Útero doloroso a la palpación y reblandecido (miometritis).
 - Dolor a la movilización lateral del cuello (parametritis).
 - El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares.

- Dolor a la palpación del hemiabdomen inferior. (MINSA, 2013)

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es la segunda causa de hemorragia en la primera mitad del embarazo con una frecuencia mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas. En general, se presenta una vez cada 100 a 200 nacidos vivos.

Se conoce como la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero.

Se reporta que en la exploración física el 30% de los pacientes no presentan sangrado transvaginal, solo 10% presentaron una masa anexial palpable y 10% un examen pélvico normal por lo que la piedra angular en el diagnóstico paraclínico es el ultrasonido vaginal y la determinación de la B-HCG en sangre.

Esta complicación se produce cuando hay obstáculos para la migración del huevo fecundado hacia la cavidad uterina, o alteraciones para su implantación. (Perú, 2004).

Por su comportamiento clínico puede ser Ectópico Conservado o no Roto y Ectópico Roto (con estabilidad hemodinámica y con inestabilidad hemodinámica).

Por su ubicación se clasifica en Tubárica, Tubo-ovárica, Cornual, Ovárico, Abdominal, Cervical.

El lugar más frecuente de implantación es la trompa uterina (95%) de esta la más frecuente es en la ampolla (75%), posiblemente por ser el sitio donde ocurre la fecundación. Otras localizaciones: ovárica y abdominal 2.51%; más raro el ectópico cervical 0.07%-0.1%. (MINSA, 2013).

Manifestaciones clínicas:

Embarazo ectópico no roto	Embarazo ectópico roto
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea (generalmente de 5 semanas) Síntomas de embarazo inicial: manchado o sangrado transvaginal irregular (oscuro en borra de café), náuseas, congestión de mamas, pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino, ligero aumento del volumen uterino, mayor frecuencia urinaria. • Dolor abdominal y pélvico intermitente al inicio y luego intenso, sostenido y localizado en una fosa ilíaca. • Sangrado transvaginal. • Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino. • Hipersensibilidad anexial. • Masa anexial (por clínica o ultrasonido). • Cavidad uterina vacía por ultrasonido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea (de 5 – 8 semanas). • Síntomas de embarazo inicial. • Colapso y debilidad. • Pulso rápido y débil (110 por minuto o más). • Hipovolemia, Hipotensión, Shock. • Palidez. • Dolor abdominal y pélvico agudo intenso sostenido y localizado en una fosa ilíaca, posteriormente se vuelve aún más intenso y se generaliza a todo el abdomen. • Distensión abdominal y rebote. • Sangrado transvaginal escaso. • Dolor al movilizar el cuello y el útero. • Masa anexial (por clínica o ultrasonido). Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido. • El fondo de saco posterior es muy doloroso de tal manera que la paciente huye al tacto vaginal. • Dolor en el hombro.

Hemorragia de la Segunda mitad del embarazo

Es tardío si se presenta en la segunda mitad del embarazo, como Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta y Ruptura Uterina.

Placenta previa

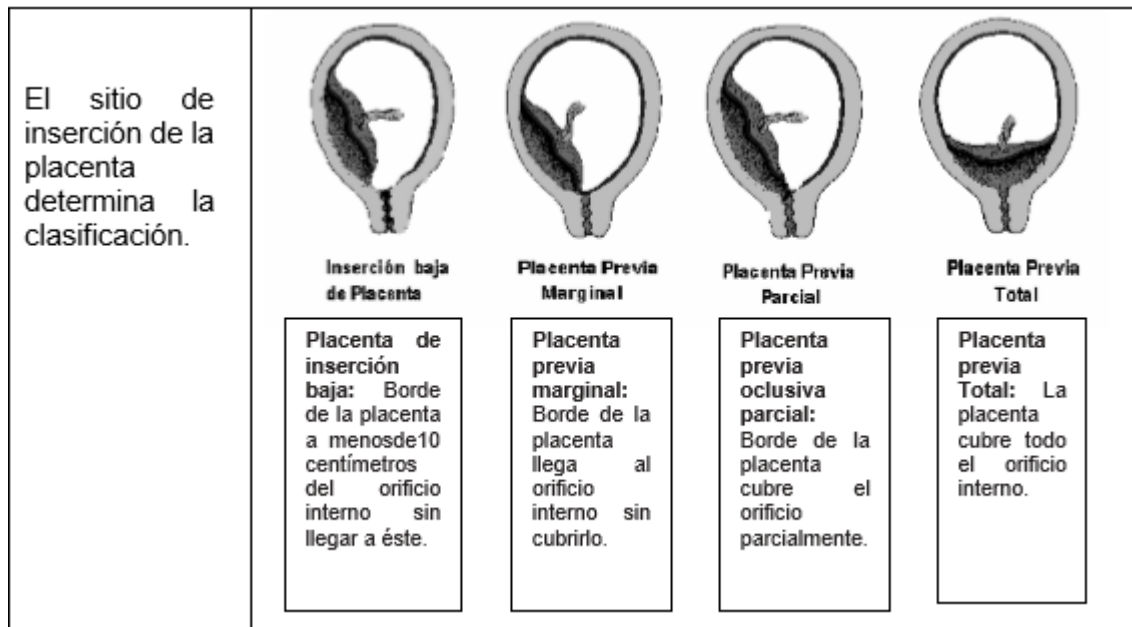
Se refiere a la placenta que cubre o está próxima al orificio interno del cérvix (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22. O aquellas que tiene una distancia menor de 20 mm del OCI medidos por ultrasonido transvaginal.

Etiología:

- Deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, lo que provoca que el huevo fecundado se implante en la parte baja del útero.

- Capacidad de fijación del endometrio disminuida por procesos infecciosos en zonas superiores del útero.
- Vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos como cesárea y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero.

Por la distancia del borde placentario al orificio cervical interno, se clasifica en:



Factores de riesgo:

- Edad materna avanzada (igual o mayor de 35 años).
- Multiparidad (5 o más hijos).
- Período intergenésico corto (<18 meses).
- Endometritis.
- Malformaciones uterinas.
- Antecedente de cirugía uterina (legrados, cesáreas, miomectomía).
- Gestaciones múltiples.
- Anemia.

- Periodo intergenésico corto.
- Endometritis Crónica. (Histeroscopia Operatoria, Antecedente de placenta previa. la tasa de recidiva es de 4% a 8%).
- Tumores uterinos.
- Tabaquismo.
- Cocaína.

Desprendimiento de placenta normalmente inserta

El cuadro de DPPNI, o “Abruptio Placentae” se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto.

Etiología:

- Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso. (Ejemplo Pre eclampsia).
- Traumatismos directos o indirectos sobre el abdomen como violencia contra la mujer, en el contragolpe de la caída de nalgas, accidente automovilístico.
- Traumatismos internos (versión interna).
- Falta de paralelismo entre la retracción de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca del Polihidramnios.
- Otras causas de origen indeterminado.

Clasificación de DPPNI (clasificación de Page)

	Grado 0	Grado I	Grado II	Grado III
Metrorragia	nula	ligera ó falta (150-500 ml)	intensa (>500ml)	más intensa (rara vez falta)
Tono uterino	normal	normal (zonas hipertono)	hipertonía	tetania uterina
Shock	no	no	ligero	grave
Pérdida bienestar fetal	no	rara ó ligera	grave	muerte fetal
Coagulación	normal	normal	coagulopatía compensada	IIIa: no CID IIIb: CID
Aspecto útero	normal	pequeña zona rojo-azulada	entre grado I y III	Útero de Couvelaire
DPPNI	hallazgo ocasional	<30%	30-50%	50-100%

Cambios hemodinámicos	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
	Ninguno o signos de shock según grado de desprendimiento
Sangrado transvaginal (síntoma principal)	Si hay membranas rotas: es rojo oscuro, escaso, único y con coágulos. Si las membranas están íntegras: puede no presentarse (oculto) o salir al exterior (externa) o combinarse (hemorragia mixta)
Dolor abdominal	Al inicio intermitente y luego constante. súbito, severo en dependencia del grado de desprendimiento
Tono uterino	DPPNI inicial (I°-III°): útero irritable e hiperdinamia uterina DPPNI Establecido (III°): útero irritable, aumento del tono o hipertonia (tetánico)
Frecuencia cardíaca fetal	Variable o ausente según el grado de desprendimiento y la magnitud del sangrado
Feto	Disminución de movimientos fetales, riesgo de muerte
Observaciones:	En algunos casos puede observarse incremento en la altura uterina, provocado por el hematoma retroplacentario.

Ruptura uterina

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

Etiología

- Traumatismos:
 - Naturales: caídas, contusión directa sobre el abdomen.
 - Provocados: Iatrogenia (fórceps alto, alumbramiento artificial de la placenta acreta, maniobra de kristeller, uso inadecuado de oxitócicos o misoprostol).

- Parto obstruido: estrechez pélvica, atresia vaginal, macrosomía fetal, situación transversa.
- Antecedentes de cirugía previa al embarazo: cesárea, miomectomía, escisión de tabique uterino, manipulación durante la atención del parto (versiones externas).

Clasificación

- Según su Extensión:
 - Parcial: si comprende una sola porción, ya sea el segmento inferior o el cuerpo uterino.
 - Total: si abarca ambas porciones.
- Según su Profundidad:
 - Incompleta: cuando involucra las capas mucosa y muscular del útero, respetando la serosa peritoneal.
 - Completa: se involucra el peritoneo y se pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal.
- Complicada: Cuando la extensión de la herida afecte algún órgano vecino: Vagina, Vejiga, Recto, ligamento ancho, etc.

Factores de riesgo

Se considera una mujer embarazada con mayor riesgo para presentar una ruptura uterina cuando existe:

- Multiparidad.
- Desproporción Céfalo-pélvica.
- Hipoplasia uterina.
- Malformaciones uterinas.
- Cirugía uterina previa: Miomectomía, Cesárea Anterior (corporal, segmento corporal), plastía uterina.
- Período intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior.
- Ruptura uterina previa.
- Iatrogénicas: Uso de prostaglandina (misoprostol), Oxitocina, Parto Instrumental, Maniobras de Kristeller.

- Traumatismo Externo.

Manifestaciones Clínicas

- No existe signo patognomónico que sea indicativo de ruptura uterina pero su diagnóstico oportuno permite salvar la vida materna, dado que el producto fallece casi siempre.
- Frecuencia Cardíaca Fetal alterada hasta no ser percibidas.
- Dolor abdominal severo, especialmente si persiste entre contracciones.
- Dolor súbito a nivel supra púbico.
- Cese de la actividad uterina previamente eficiente.
- Taquicardia materna, hipotensión o choque.
- A la palpación es notable el contraste entre el cuerpo uterino contraído al máximo y el adelgazamiento y la sensibilidad dolorosa del segmento inferior conocido como anillo de Bandl. Signo de Bandl- Frommel-Pinard (Signo de Bandl cuando el anillo de Bandl se eleva cerca del ombligo. Signo de Fromell: ligamentos redondos se tornan tensos y se palpan a través de la pared abdominal. Signo de Pinard infiltración sanguinolenta vulvo-vaginal y edema hipogástrico)
- Situación del feto casi imposible definirla, pérdida del plano de descenso de la presentación.
- A la palpación se encuentran partes fetales muy cerca de la piel.
- Sangrado transvaginal anormal o hematuria.
- El diagnóstico se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía posparto.

Fases de la ruptura uterina:

- Inminencia de ruptura uterina: Sin cambios hemodinámicos, hiperdinamia, dolor abdominal intenso, anillo de contracción, signo de Bandl-Frommel-Pinard, feto difícil palpable, Datos de sufrimiento fetal.
- Ruptura uterina Establecida: Signo de shock, dolor abdominal puede disminuir o desaparecer, presencia de sangrado transvaginal e intraabdominal, cese de las contracciones, se palpan partes fetales en piel y no se ausculta FCF.

Síndrome hipertensivo gestacional

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa.

El CLAP en las guías para la atención de las principales emergencias Obstétricas año 2012 también define la preeclampsia por un aumento de 30 mmHg o más en la presión arterial sistólica o de 15 mmHg o más en la presión arterial diastólica habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco.³⁰

Definiciones básicas:

Hipertensión arterial:

- Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o Presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.
- Una sola presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg.
- Una presión arterial media (PAM) mayor o igual a 106 mmHg.

Proteinuria:

- Excreción urinaria de proteínas es mayor o igual a 300 mg/litro en orina de 24 horas o proteinuria cualitativa con cinta reactiva de 1 cruz (+) o más, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas.
- Para el diagnóstico de la proteinuria significativa con cinta reactiva el país utiliza cintas de orina que detecta 30mg de proteína por decilitro, (300mg por litro) equivalente a una cruz. Debe verificarse siempre la cinta reactiva que se esté empleando detecte 30mg por decilitro.

Etiología

La etiología de la preeclampsia se desconoce, sin embargo la teoría más aceptada es la invasión trofoblástica incompleta.

Clasificación

La clasificación del Síndrome Hipertensivo Gestacional está basada en la forma clínica de presentación de la hipertensión, siendo la siguiente:

- Hipertensión arterial crónica.
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia – Eclampsia.

Factores de riesgo

Se clasifican de acuerdo al momento en que son detectados, siendo éstos:

- Factores asociados al embarazo:
 - Mola Hidatidiforme.
 - Hidrops fetal.
 - Embarazos múltiples.
 - Embarazo posterior a donación de ovocitos.
 - Anomalías congénitas estructurales.
 - Infección del tracto urinario.
- Factores asociados a la madre:
 - Edad (menor de 20 y mayor a 35 años).
 - Raza negra.
 - Bajo nivel socio económico.
 - Nuliparidad.
 - Historia familiar/personal de preeclampsia.
 - Stress.
 - Condiciones médicas específicas: diabetes gestacional, diabetes tipo 1, obesidad, hipertensión crónica, enfermedad renal, lupus eritematoso, síndrome antifosfolípido, hipertiroidismo y enfermedad de Cushing y feocromocitoma.
 - Doppler de arteria uterina alterado en semana 12, confirmado en semana 20 a 24.

- Factores asociados al padre:
 - Primi-paternidad.

Pacientes consideradas de alto riesgo para preeclampsia

- Edad materna igual o mayor de 40 años.
- Antecedentes de:
 - Preeclampsia previa.
 - Anticuerpo antifosfolípidos.
 - Hipertensión arterial.
 - Enfermedad renal.
 - Diabetes preexistente.
- Historia de madre o hermanas con preeclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Intervalo intergenésico igual o mayor a 10 años.
- Presión arterial sistólica mayor o igual a 130 mmHg., o presión arterial diastólica mayor o igual a 80.
- Hipertensión crónica descompensada.
- Enfermedad periodontal.
- Enfermedad de vías urinarias.

Manifestaciones Clínicas

Hipertensión y proteinuria, el edema no es determinante en el diagnóstico; sin embargo se debe considerar patológico cuando es generalizado y compromete las extremidades superiores y la cara (anasarca). También se considera anormal una ganancia de peso mayor a 1kg/semana.

Las formas de presentación clínica del estado hipertensivo durante el embarazo son las siguientes:

- Hipertensión arterial crónica: la frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos, de éstas más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal. Se definen tres grupos en la hipertensión arterial crónica:
 - Pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el embarazo y que coexiste con el mismo.
 - Pacientes con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación.
 - Pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.

- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada: Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. La hipertensión crónica se complica con preeclampsia en un 25%. La existencia de los siguientes parámetros permite realizar el diagnóstico:
 - Pacientes con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de la semana 20) que desarrolla proteinuria significativa luego de la semana 20 del embarazo.
 - Pacientes con hipertensión arterial y proteinuria (antes de la semana 20) que presenta uno de los siguientes:
 - Incremento de la proteinuria basal.
 - Elevación de la presión arterial en pacientes que previamente se encontraban compensadas.
 - Pacientes con hipertensión arterial crónica (antes de la semana 20) que desarrolla trombocitopenia o anemia hemolítica microangiopática o incremento de las enzimas hepáticas (SINDROME DE HELLP).

- Hipertensión gestacional: se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas. Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas.

Se puede reclasificar en dos categorías posterior al embarazo:

- Hipertensión transitoria: Si se normaliza la presión arterial luego de la resolución del embarazo, en un período menor a 6 semanas de puerperio.
- Hipertensión crónica: Paciente persiste con hipertensión arterial luego de 6 semanas del puerperio.

Preeclampsia – Eclampsia: Tiene una frecuencia de 2% a 15% del total de embarazos. Se define como un síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas.

Solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple. Se divide en dos grupos:

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

- Preeclampsia grave: Se realiza el diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial y proteinuria significativa que presentan uno o más de los siguientes criterios de daño a órgano blanco:
 - Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o Presión Arterial Media ≥ 126 mmHg.
 - Proteinuria ≥ 5 gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++).
 - Oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina ≥ 1.2 mg/dl.
 - Trombocitopenia menor a 100,000 mm^3 o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (elevación de LDH mayor a 600 U/L).
 - Elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual 70 UI.
 - Síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia.
 - Edema agudo de pulmón o cianosis
 - Epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
- Eclampsia: Se define como la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.

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

Ruptura prematura de membranas

Se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto. Dentro de ella se encuentran:

- Ruptura prolongada de membranas: Ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.
- Periodo de latencia: Intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.
- Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular: La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.
- Ruptura Precoz: Es la que acontece durante el período de dilatación, antes de que este se haya completado.
- Ruptura tempestiva: Es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
- Ruptura alta: Cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
- Ruptura espontánea: Es la que se produce sin intervenciones.
- Ruptura artificial: Cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

Etiología

Son múltiples, los factores causales de la ruptura prematura de membranas son poco conocidos y algunos muy discutidos. La etiología de la RPM es conocida en la mayoría de los casos, sin embargo se han identificado que los factores predisponentes más frecuentes son:

- Infecciones cervicovaginales
- Corioamnioitis.
- Alteración de las propiedades físicas de las membranas
- Tensión excesiva de las membranas ovulares (polihidramnios, embarazo gemelar).
- Traumatismo. Causado en gran manera por los tactos vaginales, colocación de amnioscopio, catéteres utilizados para registrar la presión uterina, sondas para iniciar el

parto, son procedimientos que pueden producir una amniotomía accidental involuntaria, cerclajes.

- Infección Local. Las infecciones del tracto genital inferior se asocia con una alta incidencia de ruptura prematura de membranas.
- Incompetencia Ístmico-cervical.
- Déficit de vitamina C y de Cobre.

Clasificación

Se pueden subdividir según la edad gestacional en dos grupos:

- Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.
- Ruptura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino. (RPMP)
 - RPMP cerca del término, que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
 - RPMP lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.
 - RPMP Pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas.

Factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico.
- Infección del tracto genital inferior (ITS).
- Antecedente de parto pretérmino.
- Embarazo con un DIU.
- Debilidad inherente de las membranas.
- Corioamnioitis.
- Esfuerzo excesivo.
- Infección Urinaria.
- Sobredistención uterina (Gestación múltiple, Polihidramnios, Macrosomía fetal).
- Desproporción cefalopélvica.
- Déficit nutricional.

- Incompetencia ístmico-cervical. Conización cervical por tratamientos al cuello del útero; cerclaje).
- Antecedentes de ruptura de membranas.
- Hemorragia preparto.
- Disminución del colágeno de las membranas.
- Desnutrición.
- Tabaquismo.
- Enfermedades pulmonares durante el embarazo.
- Amniocentesis.

Parto obstruido

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

Etiología

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

Clasificación

Según su etiología:

- Alteraciones en las fases y períodos del trabajo de parto. Parto obstruido
 - Desproporción céfalo pélvica.
 - Presentaciones, posiciones y situaciones anormales o viciosas.
 - Presentación de cara.
 - Presentación de frente.
 - Presentación de bregma.
 - Presentación Pelviana.
 - Situación Transversa.

Factores de riesgo

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

Período y fase del trabajo de parto en que se encuentra diagnóstico de progreso insatisfactorio y obstrucción del trabajo de parto

Diagnóstico	Criterios	Período
Falso trabajo de parto o pródromos de trabajo de parto	Cuello uterino no dilatado, no borrado, Contracciones uterinas irregulares que ceden espontáneamente tras sedación o aplicación de betamiméticos	No trabajo de parto
Trabajo de parto inicial (fase latente normal)	Dilatación menos de 4 cm. Borramiento menor de 50%. Contracciones uterinas irregulares por tiempo menor de 8 horas	I período de trabajo de parto
Fase latente prolongada (borramiento y dilatación)	Dilatación < 4 cm Borramiento menor de 50%. Contracciones uterinas irregulares por más de 8 horas en multíparas y 20 en nulíparas	I período de trabajo de parto
Fase activa prolongada (Contracciones uterinas regulares borramiento 50 – 100%, y dilatación 4 – 10 cm)	Partograma con curva real prolongada a la derecha de la curva de alerta. Duración: Más de Más de 6 horas en multíparas y 10 a 12 horas en nulíparas	I período de trabajo de parto
Desproporción céfalo pélvica	No progreso de la dilatación cervical y del descenso de la presentación en presencia de contractilidad uterina regular	I y II período del parto
Parto obstruido	No progreso de la dilatación cervical y del descenso de la presentación en presencia de contractilidad uterina regular Edema del cuello uterino, Caput succedáneo, moldeamiento de la cabeza Sufrimiento materno y fetal agudo.	I y II período del parto
Presentaciones y posiciones anormales o viciosas	Presentaciones que no sean de vértice con Occipito Izquierda Anterior (OIA) y Occipito Derecha posterior (ODP) con o sin trabajo de parto regular	I y II Período de trabajo de parto

Hipodinamia	1 a 2 contracciones en 10 minutos, duración < de 40 segundos	I y II Período de trabajo de parto
Fase expulsiva prolongada (dilatación de 10cm y borramiento 100%)	No hay descenso de la presentación, ni expulsión del producto por más de ½ h en las multíparas y 1h en las nulíparas	II período del trabajo de parto

Hemorragia posparto

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

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

Etiología

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:

- Sobredistensión uterina.
- Agotamiento de la musculatura uterina.
- Infección, Corioamnionitis.
- Anomalía uterina.
- Fármacos útero-relajantes.

2. Trauma (20 %):

- Laceración cervico-vaginal.
- Prolongación de la histerotomía en la cesárea.
- Ruptura uterina
- Inversión uterina

3. Retención de restos postparto (10 %):

- Retención de restos (placenta, membranas).
- Alumbramiento incompleto.

4. Trombina (Alteraciones de la coagulación):

- Alteraciones de la coagulación preexistentes.
- Alteración adquirida durante la gestación.

Clasificación

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

Factores de riesgo y etiología

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en 4 T:

1. TONO (atonía).
2. TRAUMA (desgarros y laceraciones).
3. TEJIDO (retención de restos).
4. TROMBINA (alteraciones de la coagulación).

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

1. Para que se presente alteraciones del tono uterino:

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

2. Trauma en músculo uterino:

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

- Paridad elevada.

3. Tejido:

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

4. Alteraciones de la coagulación:

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

Shock hemorrágico de origen obstétrico

Se define como pérdida de volumen intravascular en todos o alguno de sus componentes (agua, electrolitos, proteínas, masa eritrocitaria) ocasionando una hipoperfusión tisular con acidosis. La gravedad del shock depende del déficit del volumen, de la velocidad de la pérdida, edad y estado pre-mórbido del paciente.

Etiología

- Antes de la expulsión de la placenta
 - Retención total o parcial de placenta.
 - Anillos de contracción o inserción anormal de placenta (placenta acreta, increta, percreta, succenturiata, bajas, etc.).
 - Laceración del útero y del canal del parto (desgarros uterinos, ruptura uterina, desgarros cervicales, desgarros vaginales y perineales).
- Después de la expulsión de la placenta:

- Atonía uterina.
- Retención de placentas o membranas.
- Laceración del canal del parto o Coagulopatías maternas o Ruptura uterina o Inversión uterina.

Clasificación

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida sangre %	<15	15 – 30	31 – 40	>40
Volumen (ml)	750	800-1500	1501 – 2000	>2000
PA sistólica PA diastólica	Sin cambios Sin cambios	Elevada Normal	Reducida Reducida	Muy baja No detectable
Pulso	Taquicardia	100-120	120 débil	120 muy débil
Llenado capilar	Normal	Lento > 2 seg	Lento > 2 seg	No detectable
Frecuencia respiratoria	Normal	Taquipnea	Taquipnea	Taquipnea
Diuresis (ml/h)	>30	20-30	10-20	0-10
Extremidades	Color normal	Pálidas	Pálidas	Pálidas y frías

Sepsis puerperal

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

Las principales causas de fiebre puerperal son:

1. Endometritis puerperal
2. Infección herida quirúrgica (incluye celulitis, infección episiotomía)
3. Mastitis puerperal
4. Pielonefritis aguda
5. Tromboflebitis pélvica séptica

Shock séptico

Sepsis Severa: Una disfunción orgánica inducida por la sepsis (probable o documentada) o hipoperfusión tisular, causada por la presencia de la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a una infección.

Hipotensión inducida por sepsis: PAS menor de 90 mmHg, o una PAM menor de 70 mmHg o una disminución de la PAS mayor de 40 mmHg o menos de dos desviaciones estándares típicas para la edad, en ausencia de otras causas de hipotensión.

Shock Séptico: Se diagnostica en caso de sepsis con hipotensión refractaria a la expansión de la volemia, con valores promedios de 3,000 a 5,000 ml de cristaloides, que requiere el uso de drogas vasoactivas para corregir esta situación y se sostiene aunque la enferma ya no esté hipotensa por el uso de las mismas. Un lactato sérico > 4 mmol/L como expresión de anaerobiosis tisular, sustenta este diagnóstico.

Hipotensión refractaria a la expansión de la volemia, con valores promedios de 3,000 a 5,000 ml de cristaloides, que requiere el uso de drogas vasoactivas para corregir esta situación y se sostiene aunque la enferma ya no esté hipotensa por el uso de las mismas. Un lactato sérico > 4 mmol/L como expresión de anaerobiosis tisular, sustenta este diagnóstico.

Etiológica

Causas de shock séptico en obstetricia

- Endometritis post cesárea 70 – 85 %
- Pielonefritis aguda 1 – 4 %
- Aborto séptico 1 – 2 %
- Endometritis post parto (vía vaginal) 1 – 4 %

Otras causas: Incluyen apendicitis, neumonía, colecistitis, tromboflebitis séptica pelviana y las infecciones como consecuencia de procedimientos invasivos: Cerclaje infectado, fascitis necrotizante, corioamnioitis post amniocentesis (Guinn 2007).

Diseño metodológico

Tipo de estudio: De acuerdo al diseño metodológico, el tipo de estudio metodológico es Descriptivo de los procesos, según el método de estudio es observacional (piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2006, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo y según el campo de la investigación Clínico–Epidemiológica, es estudio de serie de casos (piura, 2006). Por lo que se determina que el tipo de diseño es No experimental cuantitativo, descriptivo de serie de casos.

Área de estudio El estudio se llevará a cabo en el Hospital Primario Fidel Ventura en el municipio de Waslala en el periodo de enero a diciembre del 2016.

Población de estudio Pacientes embarazadas que ingresaron al Hospital Primario Fidel Ventura que presentaron algún tipo de complicación obstétrica durante la primera, segunda mitad del embarazo, parto y puerperio inmediato desde enero a diciembre del año 2016.

Según la oficina de estadísticas o registro de dicho Hospital, se presentaron 86 complicaciones obstétricas en el Hospital Primario Fidel Ventura en todo el periodo de estudio.

Muestra: Se tomaron los 86 pacientes que ingresaron al Hospital Primario Fidel Ventura que presentaron complicación obstétrica durante el periodo de estudio, es decir, se recolectó el 100% del universo.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica en el período de estudio atendidas en el HPFV.	<ul style="list-style-type: none">• Expedientes incompletos, ilegibles y/o extraviados• Pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica que no fueron atendidas en el Hospital Primario “Fidel Ventura”.

Técnica, método e instrumento de recolección de la información:

Fuente de la información: La fuente de información fue secundaria, a través de los datos registrados en los expedientes clínicos de las pacientes diagnosticadas con alguna complicación obstétrica, que cumplieran con los criterios de selección.

Procedimiento de la recolección de datos: Se procedió en un inicio, a buscar información pertinente del tema para ver la importancia del mismo, siempre dentro de las líneas de investigación del Hospital, posteriormente, se pidió a las autoridades del Hospital Primario “Fidel Ventura”, su apoyo para ser facilitadores y rectores de la ejecución del proyecto investigativo, garantizando el permiso de poder abordar los expedientes de los pacientes que sean selectos para dicho estudio, se explicó el objetivo del mismo y el procedimiento de la investigación, se procedió a la recolección de la información pertinente a través del instrumento previamente elaborado y validado.

El **instrumento** utilizado para este estudio fue una ficha de recolección que contenía una serie de mediciones. Dicho instrumento fue elaborado según los objetivos del estudio, para ello constó de los siguientes acápite:

1. Datos Generales de los pacientes: como edad, procedencia, ocupación y escolaridad.
2. Antecedentes de la paciente: Si presenta o no alguna patología y datos ginecoobstétricos anteriores de la paciente.
3. Está conformada por las variables condición de ingreso y de egreso que identifican la condición clínica del paciente a su ingreso, su origen, número de controles prenatales, edad gestacional, procedimiento quirúrgico, condición clínica materna al momento de su egreso.
4. La situación epidemiológica: donde se refleja la incidencia, el tipo de complicación, el periodo en el cual se presentó y el lugar de procedencia (comunidad).

El mecanismo para la recolección de la información fue mediante el llenado del instrumento anteriormente descrito (ver anexo), se revisaron los expedientes seleccionados para asegurar que cumplieran con los criterios de inclusión así como los datos a evaluar.

Lista de variables:

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

Variable:

- Características sociodemográficas

Objetivo 2. Señalar los antecedentes personales patológicos, no patológicos, familiares y gineco-obstétricos de las pacientes en estudio.

Variabes:

- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes ginecoobstétricos

Objetivo 3. Mencionar la Evolución clínica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en periodo de estudio.

Variables:

- Situación de ingreso
- Situación de egreso

Objetivo 4. Determinar la situación epidemiológica de las pacientes

Variable:

- Situación epidemiológica

Operacionalización de las variables

Objetivo 1: Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

Tabla 1 características sociodemográficas:

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Características socio demográficas	Conjunto de caracteres relacionados a la demografía y aspectos sociales a la demografía de los individuos en estudio	Edad	Años cumplidos	<20 años 20 a 34 años >34 años
		Estado civil	Situación legal de unión	Casada Unión estable Soltera Otro
		Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Estudiante Ama de casa Trabajador por cuenta propia Trabajador de economía formal
		Escolaridad	Años de estudio	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria
		Procedencia	Tipo de zona geográfica	a) Urbano b) Rural

Objetivo 2. Señalar los antecedentes personales patológicos, no patológicos, familiares y gineco-obstétricos de las pacientes en estudio.

Tabla 2. Antecedentes

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Antecedentes personales patológicos	Enfermedad clínica o quirúrgica que la paciente ha padecido durante el embarazo o fuera de el	TBC Diabetes Hipertensión Preeclampsia Eclampsia Otra	Presencia o ausencia de la enfermedad	Si No
Antecedentes personales no patológicos	Hábitos que presenta	Fuma Alcohol Drogas Violencia	Presencia o ausencia del hábito	Si No
Antecedentes familiares	Enfermedad que padezca el núcleo familiar	TBC Diabetes Hipertensión Preeclampsia Eclampsia otra	Presencia o ausencia de la enfermedad	Si No
Antecedentes ginecoobstétricos	Estados patológicos originados o diagnosticados durante embarazos anteriores de la	Gesta	Número de embarazos	Primigesta Multigesta
		Para	Número de partos	Primípara Multípara
		Aborto	Número de abortos	Ninguno 1-2 >2

	paciente	Cesárea	Número de cesárea	Ninguno 1-2 >2
		Ectópicos	Número de embarazos ectópicos	Ninguno 1-2 >2
		Nacidos muertos	Número de nacidos muertos	Ninguno 1-2 >2
		Gemelar	Número de embarazos múltiples	Ninguno 1-2 >2

Objetivo 3: Mencionar la Evolución clínica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en periodo de estudio.

Tabla 3. Evolución Clínica

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Condición de ingreso	Estado de salud en el cual ingresa el paciente	Condición clínica de ingreso	Estado de la paciente	Estable Grave
		Procedencia de ingreso	Forma de llegada	Espontánea Referido de P/salud Referido de otro establecimiento
		Controles prenatales realizados	Número de CPN	<4 4 a 6 >6
		Edad Gestacional	Trimestre de embarazo	I trimestre II Trimestre III trimestre
Condición de egreso	Estado de salud en el cual egresa el paciente	Intervención quirúrgica	Procedimiento realizado	Cesárea Histerectomía Re intervención
		Egreso	Condición de egreso	Alta Abandono Traslado fallecido

Objetivo 4. Determinar la situación epidemiológica de las pacientes

Tabla: 4 Situación epidemiológica

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Situación epidemiológica	Problemas de salud, que se presentan en un determinado lugar	Tipo de complicación	Diagnóstico	Aborto incompleto Huevo muerto retenido Embarazo ectópico Placenta previa DPPNI Preeclampsia Grave Eclampsia Hemorragia postparto por hipotonía uterina Hemorragia postparto por desgarro de cuello Hemorragia postparto por restos placentarios Hemorragia postparto por retención de

				placenta Shock hemorrágico de origen obstétrico Sepsis Rotura prematura de membranas
		Periodo	Meses	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

Cruce de variables

- Edad / Tipo de complicación
- Procedencia / Tipo de complicación
- Antecedente ginecoobstétricos / Tipo de complicación
- Condición clínica de ingreso / Tipo de complicación
- Condición clínica de ingreso / Condición de egreso
- Controles prenatales / Tipo de complicación
- Edad gestacional / Tipo de complicación
- Tipo de complicación / Condición de egreso

Plan de análisis

Se diseñó una base de datos en SPSS versión 24, una vez que se recolectó la información se introdujo en la base de datos y posteriormente se realizó control de calidad de la información. Se calcularon medidas de distribuciones de frecuencias simples y porcentaje para las variables de los objetivos planteados. Se mostraron los resultados en tablas reflejando la frecuencia y porcentajes, así como en gráficos de barras y pasteles para una mejor comprensión.

Consideraciones Éticas

Se solicitó permiso a la dirección del Hospital para el acceso de los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

Resultados

La presente investigación pretende determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las complicaciones obstétricas presentadas en el hospital Primario Fidel ventura del municipio de Waslala departamento de Matagalpa en el periodo de enero a diciembre 2016, para ello se analizaron 86 expedientes clínicos de pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica, dicho resultado son abordados según los objetivos de la presente investigación.

Objetivo 1: Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

En relación a la edad materna, se encontró que el grupo etáreo de entre 20 y 34 años obtuvo un 47.7% (41), seguido del grupo de <20 años con un 37.2% (32) y por último se encuentra las pacientes de mayores de 34 años con 15.1% (13). (Ver anexo: tabla 1, grafico 1).

Con respecto a la ocupación de las pacientes estudiadas predominó con un 74.4 % (64) el grupo de ama de casa, estudiantes un 10.5% (9), con una economía formal 8.1% (7) y trabajadoras por cuenta propia con un 7% (6). (Ver anexo: tabla 1, grafico 2)

En cuanto a estado civil se evidenció que las mujeres en unión estable representan el 77.9% (67), seguido de con un 14 % (12), las pacientes casadas, solteras con un 5.8% (5) y con un 2.3% (2) las viudas. (Ver anexo: tabla 1, Gráfico 3)

Con respecto a la escolaridad de las pacientes un 62.8% (54) fueron de primaria, un 26.7% (23) ningún grado de estudio, un 5.8% (5) de escolaridad universitaria y por último, 4.7%(4) de secundaria. (Ver anexo: tabla 1, Gráfico 4)

Un 87.2% (75) fueron pacientes originarias de la zona rural y 12.8% (11) de zona urbana. (Ver anexo: tabla 1, Gráfico 5)

Objetivo 2. Señalar los antecedentes personales patológicos, no patológicos, familiares y gineco-obstétricos de las pacientes en estudio.

En relación a los antecedentes personales patológicos de las pacientes en estudio un 100% (86) no presentaron historia de patología previa. (Ver anexo: tabla 2, Gráfico 6)

Con respecto a los antecedentes familiares de las pacientes un 86% (74) no tenían antecedentes personales familiares, un (9.3%) (8) presentaban antecedente de hipertensión arterial crónica, con un 4.7% (4) presentaban antecedentes de diabetes mellitus. (Ver anexo: tabla 2, Gráfico 7)

De acuerdo a los antecedentes personales no patológicos de cada paciente se encontró que un 100% (86), no presento ningún antecedente. (Ver anexo: tabla 2, Gráfico 8)

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos se evidenció que un 54.7% (47), fueron pacientes multigestas y 45.3% (39) primigestas y en relación a los partos un 50% (43) fueron primíparas y el otro 50% (43) multíparas. No presentaron abortos un 90.7% (78) y un 9.3% (8) presentaron de 1 a 2 abortos. Un 100% (86) no presentaron antecedentes de nacidos muertos.

En relación a las cesáreas un 96.5% (83) no presentaron ningún antecedente de cesárea, seguido de 3.5% (3) con 1 a 2 cesáreas previas. Un 100% (86) no presentaron antecedentes de embarazo ectópico ni antecedentes de embarazo gemelar. (Ver anexo: tabla 2, Gráfico 9)

Objetivo número 3: Mencionar la Evolución clínica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en periodo de estudio.

De acuerdo a la condición clínica de ingreso se demostró que un 93% (80) ingresaron en condiciones estables y un 7% (6) en condiciones graves. (Ver anexo: tabla 3, Gráfico 10)

Un 51.2% (44) de pacientes ingresaron de forma espontánea, seguido de un 46.5% (40) fueron referidos de puesto de salud, y por último con un 2.3% (2) fueron referidas de casa materna. (Ver anexo: tabla 3, Gráfico 11)

En relación al número de controles prenatales con un 65.1% (56) predominaron las pacientes con menos de cuatro controles, seguido de un 32.6% (28) las pacientes con cuatro a seis controles prenatales y con un 2.3% (2) los mayores de seis controles. (Ver anexo: tabla 3, Gráfico 12).

Conforme a la edad gestacional en que se presentaron las complicaciones obstétricas se evidenció con un 70.9% (61) las embarazadas del III trimestre cumplido, seguido de un 23.3% (20) las de I trimestre y 5.8% (5) las del II trimestre. (Ver anexo: Tabla 3, Gráfico 13).

En cuanto a los procedimientos realizados se encontró con un 79.1%(68) que a las pacientes no se les realizó ningún procedimiento quirúrgico, seguido con un 15.1 % (13) las que se les hizo cesárea, con un 4.7% (4) se les realizó histerectomía y con 1.2% (1) se le realizó reintervención quirúrgica. (Ver anexo: Tabla 3)

De acuerdo a los egresos con 70.9% (61) fueron dadas de alta posterior a una complicación obstétrica, un 27.9% (24) fueron trasladadas a otro nivel de mayor resolución, y 1.2 % (1) falleció por complicación obstétrica. (Ver anexo: tabla 3, Gráfico 14)

Objetivo 4. Determinar la situación epidemiológica de las pacientes

Con respecto al tipo de complicación obstétrica presentada en el lugar de estudio se encontró con un 20.9% (18) hemorragia por hipotonía uterina, seguida con 19.8% (17) los abortos incompletos, con 15.1% (13) Preeclampsia grave, con 9.3% (8) las ruptura prematura de membrana, con 8.1% (7) las hemorragias por restos placentarios, así mismo con 8.1% (7) las hemorragias por retención de placenta, con 7.0%(6) los HMR, Con 3.5% (3) las hemorragias por desgarro de cuello, Con 2.3% (2) se presenta el DPPNI y con el mismo porcentaje las eclampsia, y por ultimo con 1.2 (1) la placenta previa, el shock hemorrágico y la sepsis con el mismo porcentaje. (Ver anexo: tabla 4, grafico 15)

En cuanto a los meses que se presentaron las complicaciones obstétricas predomina con 17.4% (15) el mes de octubre, con 14 % (12) el mes de noviembre, con 11.6% (10) los meses de julio y enero, con 9.3% (8) el mes de diciembre, con 8.1% (7) el mes de mayo, con 7%(6) el mes de septiembre, con 5.8% (5) los meses de junio y marzo, con 4.7% (4) el mes de abril, con 3.5% (3) el mes de febrero y por ultimo con 1.2% (1) el mes de agosto. (Ver anexo: tabla 4, Gráfico 16)

Análisis de los resultados

La presente investigación se realizó en el Hospital Primario Fidel Ventura, municipio Waslala, departamento de Matagalpa, en el cual se analizaron 86 expedientes clínicos de pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica durante su embarazo y puerperio

Características sociodemográficas de los pacientes

El grupo etáreo más afectado de las pacientes participantes en el estudio fue el de 20 a 34 años, esta información coincide con los estudios nacionales tal y como se plantea en la investigación realizada en el Hospital Bertha Calderón Roque en 2012; y con las estadísticas del informe de Endesa 2011 y 2012 en el que refleja altas tasas de fecundidad en mujeres menores de 30 años. La literatura internacional refleja que el grupo más afectado son las adolescentes; de igual manera, el Ministerio de Salud en su normativa 109 plantea que las complicaciones obstétricas se presentan en pacientes en edades tempranas.

Según la ocupación de las mujeres a estudio, la mayoría era ama de casa coincidiendo con el reporte del PENUD en donde refleja que el 97% de las mujeres que trabajan en el sector formal eran empleadas, mientras en el informal, menos de un tercio está dentro de esa categoría; cabe destacar que las mujeres que quedan embarazadas tempranamente dejan de estudiar y por ende no logran conseguir un trabajo formal y se quedan encargadas del hogar y los niños.

Con respecto al estado civil, la mayoría se identificó como en unión estable, esto coincide con las estadísticas nacionales en que se ha venido incrementando esta categoría a partir de la aprobación del nuevo Código de Familia en el que define la unión de hecho estable como el acuerdo voluntario entre un hombre y una mujer que sin impedimento legal para contraer matrimonio, libremente hacen vida en común de manera estable, notoria y singular mantenida al menos por dos años consecutivamente.

Dentro de la escolaridad se encontró un bajo nivel, en mayor proporción primaria incompleta pero también llamando la atención las altas tasas de analfabetismo en el que se refleja casi el doble de lo encontrado a nivel nacional según la encuesta de hogares realizada con la FIDEG ; dicho factor hace vulnerable económicamente a este grupo poblacional.

En cuanto a la procedencia, la mayoría de las mujeres proceden de áreas rurales, coincidiendo con la tasa global de fecundidad a nivel nacional en que refleja que la mayoría de las embarazadas son de las zonas rurales y más aún en la zona donde se realizó el presente estudio, donde a pesar que el Hospital está ubicado en zona urbana, la mayor parte de la población a la que se asiste es de zonas rurales.

Antecedentes personales patológicos, no patológicos, familiares y gineco-obstétricos de las pacientes en estudio.

Se encontró que ninguna de las pacientes tenía antecedentes patológicos personales ni antecedentes no patológicos, y la mayoría no tenían antecedentes patológicos familiares, esto puede ser debido a que son pacientes jóvenes en su mayoría y que además desconocen su historial médico y el de su familia.

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes a estudio, no hubo mucha diferencia entre las primigestas y multigestas, siendo en mayor frecuencia las multigestas, coincidiendo con las estadísticas de Endesa 2011 – 2012, al igual que la paridad de las pacientes. La mayoría no presentaba antecedentes de aborto, nacidos muertos, ectópicos ni embarazos gemelares. Y las cesáreas fueron pocas, esto debido a que el Hospital Primario Fidel Ventura es una unidad de primer nivel de resolución donde por protocolo y/o ausencia ocasional de especialista en ginecobstetricia, las pacientes son referidas a unidad de mayor resolución.

Evolución clínica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en periodo de estudio.

Según la condición clínica de ingreso, la mayoría fueron estables por lo que se permitió manejar oportunamente la complicación y evitar la morbi-mortalidad materna a largo plazo tal y como se evidencia la asociación clínica de ingreso de los pacientes en relación a la condición clínica de egreso.

En cuanto a la procedencia de ingreso, la mayoría acudieron de forma espontánea, evidenciando que se ha logrado concientizar a las pacientes de acudir a la unidad asistencial ante la presencia de algún signo de peligro; de igual manera se evidencia una coordinación entre la red de sistema de salud ya que el segundo grupo fueron referidas de un puesto de salud.

La mayoría de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas acudieron a menos de 4 controles prenatales; siendo justificable en el caso de aborto incompletos dados que son sangrados de la primera mitad del embarazo; sin embargo llama la atención que en complicaciones en embarazos de término también se encuentran con menos de 4 CPN, esto se puede deber debido a que pesar que se evidencia una búsqueda de atención por parte de las pacientes ante la presencia de signos de peligros, no se ha logrado persuadir o concientizar a la población sobre sus controles prenatales, ya que se realizan captaciones tardías en el embarazo o en algunos casos no se realiza la captación.

Con respecto a las complicaciones presentadas según la edad gestacional, la mayoría fueron en el III trimestre, coincidiendo con la normativa 109 que plantea que la mayor parte de las complicaciones ocurren en la segunda mitad del embarazo encontrándose entre lo más frecuente las hemorragias por hipotonías uterinas, preeclampsia grave y ruptura prematura de membrana; así como también se plantea que la primera mitad del embarazo la mayor complicación es el aborto que coincide con los hallazgos del presente estudio, ya que el aborto fue encontrado como la segunda complicación más frecuente.

En relación a procedimientos realizados la mayoría fue ninguno, sin embargo, en aquellos que si terminaron con procedimientos quirúrgicos, la cesárea fue la más destacada, coincidiendo con el índice de cesáreas que plantea la OMS deberá ser menor de 15%.

A como se había mencionado anteriormente, la mayoría de las pacientes tuvieron una buena resolución siendo el alta médica su principal motivo de egreso.

Situación epidemiológica de las pacientes

La mayoría de las pacientes presentaron como principal complicación, la hemorragia posparto secundaria a la hipotonía uterina coincidiendo con lo reflejado en la normativa 109 que siendo Nicaragua un país en vías de desarrollo su principal complicación es la hemorragia posparto, seguido por los síndromes hipertensivos gestacionales y por último las sepsis en los embarazos de término.

El periodo donde más se presentaron complicaciones fue en el mes de Octubre y Noviembre debido al incremento de partos en ese periodo tal y como lo refleja los datos estadísticos del

hospital primario “Fidel Ventura” recopilado en los años anteriores y por ende aumenta el número de complicaciones obstétricas.

La hemorragia posparto por hipotonía uterina y el aborto incompleto predominaron en el grupo de 20-34 años, este hecho se relaciona más que todo a la paridad de la paciente así como también se reflejó en los resultados de esta investigación que evidencia que las hemorragias por hipotonía uterina y abortos ocurrieron más en las primigestas, tal y como se encuentra sustentado en la normativa 109 de complicaciones obstétricas, la primiparidad constituye un factor de riesgo importante para la aparición de estas entidades; al igual que es el caso de la preeclampsia grave que según nuestro estudio ocurrió en su mayoría en pacientes menores de 20 años, y según la literatura internacional predomina en pacientes primigestas.

Conclusiones

- Dentro de las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas se encontró que la mayoría eran de 20 a 34 años, amas de casa, en unión estable, con educación primaria y de procedencia rural.
- La mayor parte no tenían antecedentes patológicos familiares y ninguna de las pacientes tenían antecedentes personales patológicos ni personales no patológicos. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que eran multigestas, en igual cantidad las complicaciones ocurrieron en múltiparas y primíparas, no tenían antecedentes de aborto, ni de cesárea y tampoco tenía antecedente de nacidos muertos ni embarazos ectópicos ni embarazo gemelar.
- La condición clínica de ingreso fue estable, la forma de ingreso fue espontánea, tenían menos de 4 controles prenatales y el trimestre que más predominó fue el III. Con respecto a la condición de egreso, en general no ameritaron ninguna intervención quirúrgica y se egresaron estables.
- La principal complicación obstétrica encontrada fue la hemorragia posparto secundaria a hipotonía uterina y en octubre ocurrieron el mayor número de complicaciones.

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

- Promover actualizaciones anuales sobre complicaciones obstétricas que ocurren en el país, realizando estudios de seguimiento a nivel departamental, municipal y comunitario.
- Garantizar el equipo de salud familiar y comunitario completo (Médico, enfermero y Auxiliar MOSAFC) en los puestos de salud y capacitar continuamente a los líderes comunitarios para fortalecer la red comunitaria y asegurar la atención primaria adecuada desde la captación del embarazo hasta la finalización del mismo y su seguimiento en el puerperio.

Al Hospital Primario Fidel Ventura y personal de salud que labora:

- Realizar monitoreos al personal de salud mediante educación continua sobre las normas y protocolos de complicaciones obstétricas.
- Revisar diario en la entrega de turno todos los expedientes de los partos atendidos y complicaciones obstétricas para dar seguimiento a las limitantes encontradas.
- Llenar adecuadamente la base de datos de complicaciones obstétricas del municipio, sin omitir ningún dato y evitando los sub-registros de la misma; para referencia de futuras investigaciones.

A la población:

- Las mujeres que sospechan un embarazo, deben acudir tempranamente a su puesto de salud para realizar la captación y darle el seguimiento oportuno a su embarazo mediante los controles prenatales.
- Acudir al puesto de salud y/u Hospital ante la presencia de algún signo de peligro durante el embarazo o puerperio.
- Alojarse en las casas maternas a partir de las 36 semanas de embarazo y atenderse el parto en una institución de salud.
- A los familiares de las embarazadas, brindar el apoyo y acompañamiento en los controles prenatales y parto a fin de garantizar una maternidad feliz y segura.

Bibliografía

- Alexander, N., Balmaseda, A., Coelho, I., Dimaano, E., Hien, T., & Hung, N. (2011). Multicentre prospective study on dengue classification in four South-east Asian and three Latin American countries. *Tropical Medicine Intern Health*, 936-948.
- Alkema L, C. D. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*, 462-474.
- alvarez, m., & salvador, s. y. (2012). *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*.
- Balestestena, J., Pereda, Y., & Milán, J. R. (2015). La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstetricas y del nacimiento. *Pinar del Río*.
- Colbert, J., Gordon, A., Roxelin, R., Silva, S., & Rocha, C. (2007). Ultrasound measurement of gallbladder wall thickening as a diagnostic test and prognostic indicator for severe dengue in pediatric patients. *Pediatr Infect Dis Journal*, 850.
- Cols, C. y. (s.f.). Morbimortalidad Materna .
- Cristian Perugache, L. R. (2013). Complicaciones obstetricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el Hospital Civil de Pasto. *Unimar*.
- Enrique Donoso, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev. méd. Chile vol.142 no.2 Santiago*.
- Gonzalez P, R. (2010). Salud materno infantil en las Américas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 411-421.
- González, A., Martínez, R., & Villar, L. (2008). Evolución clínica de pacientes hospitalizados por dengue en una institución de salud de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*, 28.
- González, O., & Arpa, A. (2015). Caracterización clínica del brote epidémico de dengue en el Hospital Militar Central "Luis Díaz Soto". *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44.
- Ishikawa, S., & Raine, E. (2009). Complicaciones obstétricas y Agresión. *Agresividad - Agresión*, 1-5.
- Kvåle, g., & all. (2005). *Maternal deaths in developing countries*:. Obtenido de Kvåle G, et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. Norsk
- La Gente. (13 de julio de 2016). Radio la Primerísima. *Suman 14 muertes por dengue*, pág. 1.
- López, G., & Suárez, F. (2013). Comportamiento clínico epidemiológico de casos positivos de dengue reportados en el Hospital Luis Alfonso Moncada Guillén, Ocotal, Nueva Segovia. Julio - Diciembre 2013. *Repositorio UNAN Managua*, 75.

- Massón, A., González, G., & Espinosa, R. (2015). Comportamiento clínico y epidemiológico del Dengue en el municipio 10 de Octubre. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5 - 16.
- Mayca, J., Palacios-Flores, E., Velásquez, J., & Castañeda, D. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los serviciosmaterno perinatales en Zonas rurales Andinas y Amazónicas de la Región Huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 145-60.
- Maza, M. M., Vallejo, C. M., & Gonzalez Blanco, M. (2012). Mortalidad materna: Análisis de las tres demoras. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuel.*
- MINSA. (2009). *Normativa 028: Protocolo para el manejo hospitalario del dengue en adulto*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2011). *Normativa 073: Guía para el manejo clínico del dengue en adulto*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2013). *Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas*.
- Molina, M., Ferrada, C., & Cols. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica Chile*, 65-70.
- OMS, O. . (2014). *Compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios*.
- OMS/OPS. (2003). *Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna*. Washington C.D.
- OMS/OPS. (2009). Dengue para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. *Centro de Información y documentación* , 3.
- OMS/OPS. (2015). *PAHO*. Obtenido de PAHO Web site:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4494&Itemid=2481&lang=es
- OMS/OPS. (s.f.). *Tendencia de la mortalidad materna registrada en Nicaragua, segun quinquenios* . Obtenido de <http://www.paho.org>:
http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=398&Itemid=235
- OPS/OMS. (2003). Estandares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna. En OPS/OMS, *Clasificacion Estadistica Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (págs. 139-140). Washington.
- OPS/OMS. (s.f.). *Tendencia de la razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua según quinquenios* . Obtenido de <http://www.paho.org>:
http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=398&Itemid=235

- Pereira, Y., Samudio, M., Ojeda, A., & Cabello, A. (2015). Seroprevalencia de la infección por dengue en un distrito del Chaco Paraguayo: estudio poblacional. *Revista Chilena de Infectología*, 618-627.
- Perú, M. d. (2004). Guía de atención de emergencias obstétricas. Ayacucho, Perú .
- Perugache, C. (s.f.).
- piura. (2006).
- Reyes, O. (2011). Riesgo de la hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional . *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 169-72.
- Reyes, O., Alejandro, C., Jenny, C., Dario, G., Adalid, M., Maria, M., y otros. (2016). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y. *iMedPub Journals*.
- Solis Cooper, S. (2015). Morbimortalidad materna y resultados perinatales en pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Alemán Nicaraguense Enero-Diciembre 2014.
- Tinoco, K., & Torrez, M. (2012). *Complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN*.
- Torres, C. (20 de Agosto de 2015). La Prensa. *Otra muerte por dengue en Nicaragua*, pág. 1.
- Ubeda, V. F. (2012). Sobrevida (Near miss) de las pacientes que ingresaron a la sala de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque, con morbilidad extrema secundaria a complicaciones obstétricas en el periodo comprendido de Enero 2010-Diciembre 2012.
- Urroz, M., & Algaba, K. (2014). Complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe.
- Valdés, M., & Hernández, J. (2014). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar* , 307-316 .
- Weaver, S., & Vasilakis, N. (2009). Molecular evolution of dengue viruses: contributions of phylogenetics to understanding the history and epidemiology of the preeminent arboviral disease. *Inf Gen Evol*, 523-540.
- WHO. (2009). *Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control*. Geneva: WHO.

Anexos

Ficha de recolección

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Hospital Primario Fidel Ventura

La siguiente ficha se utilizara para recolectar información que será utilizada en la investigación titulada: **“Comportamiento clínico y epidemiológico de complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario Fidel Ventura del municipio de Waslala, Matagalpa, enero a diciembre 2016”**.

Ficha para recolección de datos

I. Datos Generales

Ficha No.: ____

Edad materna:

- a) <20 años ____
- b) 20-34 años ____
- c) >34años ____

Estado civil:

- a) casada ____
- b) Unión estable ____
- c) Soltera ____
- d) Otro_

Ocupación:

- a) estudiante ____
- b) ama de casa ____
- c) trabajador por cuenta propia ____
- d) trabajador de economía formal ____

Escolaridad:

- a) Ninguna ____
- b) Primaria ____
- c) Secundaria ____
- d) Universitaria ____

Procedencia: Urbano: _____ Rural: _____

Antecedentes

En las siguientes interrogantes, marque con una X si es positivo:

Personales patológicos

No__ si__ Diabetes

No__ si__ Hipertensión

No__ si__ Preeclampsia

No__ si__ Eclampsia

No__ si__ Cirugía genito-urinaria

No__ si__ Otra condición

Personales no patológicos

No__ si__ Fuma

No__ si__ Alcohol

No__ si__ Drogas

No__ si__ Violencia

No__ si__ sedentarismo

Antecedentes Familiares:

No__ si__ Diabetes

No__ si__ Hipertensión

No__ si__ Preeclampsia

No__ si__ Eclampsia

No__ si__ Otra condición

Gineco-obstétrica

Gestas previas:

Primigesta__

Multigesta__

Para:

Primípara__

Multípara __

Aborto:

Ninguno__

1-2__

>2

Nacidos muertos:

Ninguno__

1-2__

>2__

Cesárea:

Ninguno__

1-2__

>2__

Ectópicos:

Ninguno__

1-2__

>2__

Gemelar:

Ninguno__

1-2__

>2__

II. Evolución Clínica

Marque con un x la respuesta correcta

Condición clínica de ingreso: Estable___ Grave___

Procedencia de ingreso:

Esponánea___ Referido de P/salud___ Referido de otro establecimiento___

Controles prenatales realizados: <4___ 4-6___ >6___

Edad gestacional: I trimestre___ II trimestre___ III trimestre___

Procedimiento realizado:

Cesárea___ Histerectomía___ Re intervención___

Egreso:

Alta___ Abandono___ Traslado___ Fallecido___

III. Situación Epidemiológica:

Tipo de complicación obstétrica:

Aborto incompleto__

Huevo muerto retenido__

Embarazo ectópico roto__

Placenta previa__

Dppni__

Preeclampsia grave__

Eclampsia__

Hemorragia postparto por hipotonía uterina__

Hemorragia postparto por desgarro de cuello__

Hemorragia postparto por restos placentarios__

Hemorragia postparto por retención de placenta__

Shock hemorrágico de origen obstétrico__

Sepsis__

RPM__

Periodo:

Enero__

Mayo__

Septiembre__

Febrero__

Junio__

Octubre__

Marzo__

Julio__

Noviembre__

Abril__

Agosto__

Diciembre__

Tablas

Tabla N° 1 Características sociodemográficas de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas en el año 2016 del Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala.

Características sociodemográficas			Frecuencia	Porcentaje
	Edad Materna	< 20 años	32	37.2
		20 - 34 años	41	47.7
		>34 años	13	15.1
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Ocupación	estudiante	9	10.5
		ama de casa	64	74.4
		cuenta propia	6	7.0
		economía formal	7	8.1
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Estado Civil	casada	12	14.0
		unión estable	67	77.9
		soltera	5	5.8
		viuda	2	2.3
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Escolaridad	Ninguna	23	26.7
		Primaria	54	62.8
		Secundaria	4	4.7
Universidad		5	5.8	
Total		86	100.0	
		Frecuencia	Porcentaje	
Procedencia	urbano	11	12.8	
	rural	75	87.2	
	Total	86	100.0	

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 2

Antecedentes personales patológicos, no patológicos, familiares y gineco-obstétricos de las pacientes en estudio del Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje	
Antecedentes Patológicos Personales	Ninguna	86	100.0	
		Frecuencia	Porcentaje	
Antecedentes Patológicos Familiares	Diabetes	4	4.7	
	Hipertensión	8	9.3	
	Ninguna	74	86.0	
	Total	86	100.0	
		Frecuencia	Porcentaje	
Antecedentes Personales no Patológicos	Ninguno	86	100.0	
Antecedentes Ginecoobstétricos			Frecuencia	Porcentaje
	Embarazo	Primigesta	39	45.3
		Multigesta	47	54.6
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Parto	Primípara	43	50.0
		Múltipara	43	50.0
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Aborto	Ninguno	78	90.7
		1 a 2	8	9.3
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Nacido muerto	Ninguno	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Cesáreas	Ninguno	83	96.5
		1 a 2	3	3.5
Total		86	100.0	
		Frecuencia	Porcentaje	
Ectópicos	Ninguno	86	100.0	
		Frecuencia	Porcentaje	
Embarazo Gemelar	Ninguno	86	100.0	

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 3 Evolución clínica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en periodo de estudio del Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala 2016.

Condición de ingreso			Frecuencia	Porcentaje
	Condición clínica de ingreso	Estable	80	93.0
		Grave	6	7.0
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Procedencia de ingreso	Espontáneo	44	51.2
		Referidos puesto de salud	40	46.5
		Referidos casa materna	2	2.3
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Controles Prenatales	<4	56	65.1
		4 - 6	28	32.6
		> 6	2	2.3
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
Edad Gestacional	I trimestre	20	23.3	
	II trimestre	5	5.8	
	III trimestre	61	70.9	
	Total	86	100.0	
Condición de egreso			Frecuencia	Porcentaje
	Procedimiento realizado	Cesárea	13	15.1
		Histerectomía	4	4.7
		Re intervención	1	1.2
		Ninguno	68	79.1
		Total	86	100.0
			Frecuencia	Porcentaje
	Egreso	Alta	61	70.9
		Traslado	24	27.9
		Fallecido	1	1.2
Total		86	100.0	

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 4 Situación epidemiológica de las pacientes que presentaron complicación obstétrica en el Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	
Tipo de complicación	Aborto incompleto	17	19.8
	HMR	6	7.0
	Placenta Previa	1	1.2
	DPPNI	2	2.3
	Preeclampsia grave	13	15.1
	Eclampsia	2	2.3
	Hemorragia por hipotonía uterina	18	20.9
	Hemorragia por desgarro de cuello	3	3.5
	Hemorragia por restos placentarios	7	8.1
	Hemorragia por retención de placenta	7	8.1
	Shock hemorrágico	1	1.2
	Sepsis	1	1.2
	RPM	8	9.3
	Total	86	100.0
	Frecuencia	Porcentaje	
Período	Enero	10	11.6
	Febrero	3	3.5
	Marzo	5	5.8
	Abril	4	4.7
	Mayo	7	8.1
	Junio	5	5.8
	Julio	10	11.6
	Agosto	1	1.2
	Septiembre	6	7.0
	Octubre	15	17.4
	Noviembre	12	14.0
	Diciembre	8	9.3
	Total	86	100.0

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 5 Datos de frecuencias y porcentajes de grupos etáreos en relación al tipo de complicación obstétrica del Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.

Tipo de complicación	Edad Materna							
	< 20 años		20 - 34 años		>34 años		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aborto incompleto	6	7.0%	8	9.3%	3	3.5%	17	19.8%
HMR	2	2.3%	1	1.2%	3	3.5%	6	7.0%
Placenta Previa	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	1	1.2%
DPPNI	0	0.0%	2	2.3%	0	0.0%	2	2.3%
Preeclampsia grave	7	8.1%	4	4.7%	2	2.3%	13	15.1%
Eclampsia	2	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.3%
Hemorragia por hipotonía uterina	7	8.1%	10	11.6%	1	1.2%	18	20.9%
Hemorragia por desgarro de cuello	2	2.3%	1	1.2%	0	0.0%	3	3.5%
Hemorragia por restos placentarios	1	1.2%	6	7.0%	0	0.0%	7	8.1%
Hemorragia por retención de placenta	2	2.3%	3	3.5%	2	2.3%	7	8.1%
Shock hemorrágico	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	1	1.2%
Sepsis	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%
RPM	2	2.3%	5	5.8%	1	1.2%	8	9.3%
Total	32	37.2%	41	47.7%	13	15.1%	86	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 6 Pacientes que presentaron complicación obstétrica y su procedencia en el periodo de estudio del Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala 2016.

Tipo de complicación	Procedencia					
	urbano		rural		Total	
	f	%	f	%	f	%
Aborto incompleto	3	3.5%	14	16.3%	17	19.8%
HMR	1	1.2%	5	5.8%	6	7.0%
Placenta Previa	0	0.0%	1	1.2%	1	1.2%
DPPNI	0	0.0%	2	2.3%	2	2.3%
Preeclampsia grave	1	1.2%	12	14.0%	13	15.1%
Eclampsia	0	0.0%	2	2.3%	2	2.3%
Hemorragia por hipotonía uterina	2	2.3%	16	18.6%	18	20.9%
Hemorragia por desgarro de cuello	1	1.2%	2	2.3%	3	3.5%
Hemorragia por restos placentarios	0	0.0%	7	8.1%	7	8.1%
Hemorragia por retención de placenta	1	1.2%	6	7.0%	7	8.1%
Shock hemorrágico	1	1.2%	0	0.0%	1	1.2%
Sepsis	0	0.0%	1	1.2%	1	1.2%
RPM	1	1.2%	7	8.1%	8	9.3%
Total	11	12.8%	75	87.2%	86	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 7 Edad Gestacional de pacientes con su tipo de complicación obstétrica Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala 2016.

Embarazo		Primigesta	Multigesta	Total	
Tipo de complicación	Aborto incompleto	Recuento	10	7	17
		% del total	11.6%	8.1%	19.8%
	HMR	Recuento	1	5	6
		% del total	1.2%	5.8%	7.0%
	Placenta Previa	Recuento	0	1	1
		% del total	0.0%	1.2%	1.2%
	DPPNI	Recuento	1	1	2
		% del total	1.2%	1.2%	2.3%
	Preeclampsia grave	Recuento	5	8	13
		% del total	5.8%	9.3%	15.1%
	Eclampsia	Recuento	1	1	2
		% del total	1.2%	1.2%	2.3%
	Hemorragia por hipotonía uterina	Recuento	10	8	18
		% del total	11.6%	9.3%	20.9%
	Hemorragia por desgarro de cuello	Recuento	2	1	3
		% del total	2.3%	1.2%	3.5%
	Hemorragia por restos placentarios	Recuento	2	5	7
		% del total	2.3%	5.8%	8.1%
	Hemorragia por retención de placenta	Recuento	2	5	7
		% del total	2.3%	5.8%	8.1%
Shock hemorrágico	Recuento	0	1	1	
	% del total	0.0%	1.2%	1.2%	
Sepsis	Recuento	0	1	1	
	% del total	0.0%	1.2%	1.2%	
RPM	Recuento	5	3	8	
	% del total	5.8%	3.5%	9.3%	
Total		Recuento	39	47	86
		% del total	45.3%	54.7%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 8 Relación de paridad de pacientes con tipo de complicación obstétrica Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.

Parto		Primípara	Múltipara	total	
Tipo de complicación	Aborto incompleto	Recuento	10	7	17
		% del total	11.6%	8.1%	19.8%
	HMR	Recuento	1	5	6
		% del total	1.2%	5.8%	7.0%
	Placenta Previa	Recuento	0	1	1
		% del total	0.0%	1.2%	1.2%
	DPPNI	Recuento	1	1	2
		% del total	1.2%	1.2%	2.3%
	Preeclampsia grave	Recuento	7	6	13
		% del total	8.1%	7.0%	15.1%
	Eclampsia	Recuento	1	1	2
		% del total	1.2%	1.2%	2.3%
	Hemorragia por hipotonía uterina	Recuento	11	7	18
		% del total	12.8%	8.1%	20.9%
	Hemorragia por desgarro de cuello	Recuento	3	0	3
		% del total	3.5%	0.0%	3.5%
	Hemorragia por restos placentarios	Recuento	2	5	7
		% del total	2.3%	5.8%	8.1%
	Hemorragia por retención de placenta	Recuento	2	5	7
		% del total	2.3%	5.8%	8.1%
Shock hemorrágico	Recuento	0	1	1	
	% del total	0.0%	1.2%	1.2%	
Sepsis	Recuento	0	1	1	
	% del total	0.0%	1.2%	1.2%	
RPM	Recuento	5	3	8	
	% del total	5.8%	3.5%	9.3%	
Total		Recuento	43	43	86
		% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 9 Condición clínica de ingreso de pacientes según su complicación obstétrica.

Tipo de complicación		Condición clínica de ingreso		Total
		Estable	Grave	
Aborto incompleto	Recuento	17	0	17
	% del total	19.8%	0.0%	19.8%
HMR	Recuento	6	0	6
	% del total	7.0%	0.0%	7.0%
Placenta Previa	Recuento	1	0	1
	% del total	1.2%	0.0%	1.2%
DPPNI	Recuento	2	0	2
	% del total	2.3%	0.0%	2.3%
Preeclampsia grave	Recuento	9	4	13
	% del total	10.5%	4.7%	15.1%
Eclampsia	Recuento	0	2	2
	% del total	0.0%	2.3%	2.3%
Hemorragia por hipotonía uterina	Recuento	18	0	18
	% del total	20.9%	0.0%	20.9%
Hemorragia por desgarro de cuello	Recuento	3	0	3
	% del total	3.5%	0.0%	3.5%
Hemorragia por restos placentarios	Recuento	7	0	7
	% del total	8.1%	0.0%	8.1%
Hemorragia por retención de placenta	Recuento	7	0	7
	% del total	8.1%	0.0%	8.1%
Shock hemorrágico	Recuento	1	0	1
	% del total	1.2%	0.0%	1.2%
Sepsis	Recuento	1	0	1
	% del total	1.2%	0.0%	1.2%
RPM	Recuento	8	0	8
	% del total	9.3%	0.0%	9.3%
Total	Recuento	80	6	86
	% del total	93.0%	7.0%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 10 Relación de condiciones clínicas de ingreso y egreso de pacientes que presentaron complicación obstétrica en el Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.

Condición clínica de ingreso		Egreso			Total
		Alta	Traslado	Fallecido	
Estable	Recuento	59	20	1	80
	% del total	68.6%	23.3%	1.2%	93.0%
Grave	Recuento	2	4	0	6
	% del total	2.3%	4.7%	0.0%	7.0%
Total	Recuento	61	24	1	86
	% del total	70.9%	27.9%	1.2%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N° 11 Número de controles prenatales según tipo de complicación obstétrica del Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.

Tipo de complicación		CPN			Total
		<4	4 - 6	> 6	
Aborto incompleto	Recuento	17	0	0	17
	% del total	19.8%	0.0%	0.0%	19.8%
HMR	Recuento	6	0	0	6
	% del total	7.0%	0.0%	0.0%	7.0%
Placenta Previa	Recuento	1	0	0	1
	% del total	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%
DPPNI	Recuento	2	0	0	2
	% del total	2.3%	0.0%	0.0%	2.3%
Preeclampsia grave	Recuento	7	5	1	13
	% del total	8.1%	5.8%	1.2%	15.1%
Eclampsia	Recuento	1	1	0	2
	% del total	1.2%	1.2%	0.0%	2.3%
Hemorragia por hipotonía uterina	Recuento	5	12	1	18
	% del total	5.8%	14.0%	1.2%	20.9%
Hemorragia por desgarro de cuello	Recuento	2	1	0	3
	% del total	2.3%	1.2%	0.0%	3.5%
Hemorragia por restos placentarios	Recuento	4	3	0	7
	% del total	4.7%	3.5%	0.0%	8.1%
Hemorragia por retención de placenta	Recuento	6	1	0	7
	% del total	7.0%	1.2%	0.0%	8.1%
Shock hemorrágico	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
Sepsis	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
RPM	Recuento	5	3	0	8
	% del total	5.8%	3.5%	0.0%	9.3%
Total	Recuento	56	28	2	86
	% del total	65.1%	32.6%	2.3%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

Tabla N°. 12 Edad Gestacional de pacientes y su tipo de complicación obstétrica del Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.

tipo de complicación		Edad Gestacional			Total
		I trimestre	II trimestre	III trimestre	
Aborto incompleto	Recuento	14	3	0	17
	% del total	16.3%	3.5%	0.0%	19.8%
HMR	Recuento	5	1	0	6
	% del total	5.8%	1.2%	0.0%	7.0%
Placenta Previa	Recuento	0	0	1	1
	% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
DPPNI	Recuento	0	0	2	2
	% del total	0.0%	0.0%	2.3%	2.3%
Preeclampsia grave	Recuento	0	0	13	13
	% del total	0.0%	0.0%	15.1%	15.1%
Eclampsia	Recuento	0	0	2	2
	% del total	0.0%	0.0%	2.3%	2.3%
Hemorragia por hipotonía uterina	Recuento	0	0	18	18
	% del total	0.0%	0.0%	20.9%	20.9%
Hemorragia por desgarro de cuello	Recuento	0	0	3	3
	% del total	0.0%	0.0%	3.5%	3.5%
Hemorragia por restos placentarios	Recuento	0	0	7	7
	% del total	0.0%	0.0%	8.1%	8.1%
Hemorragia por retención de placenta	Recuento	0	0	7	7
	% del total	0.0%	0.0%	8.1%	8.1%
Shock hemorrágico	Recuento	0	0	1	1
	% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
Sepsis	Recuento	0	0	1	1
	% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
RPM	Recuento	1	1	6	8
	% del total	1.2%	1.2%	7.0%	9.3%
Total	Recuento	20	5	61	86
	% del total	23.3%	5.8%	70.9%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

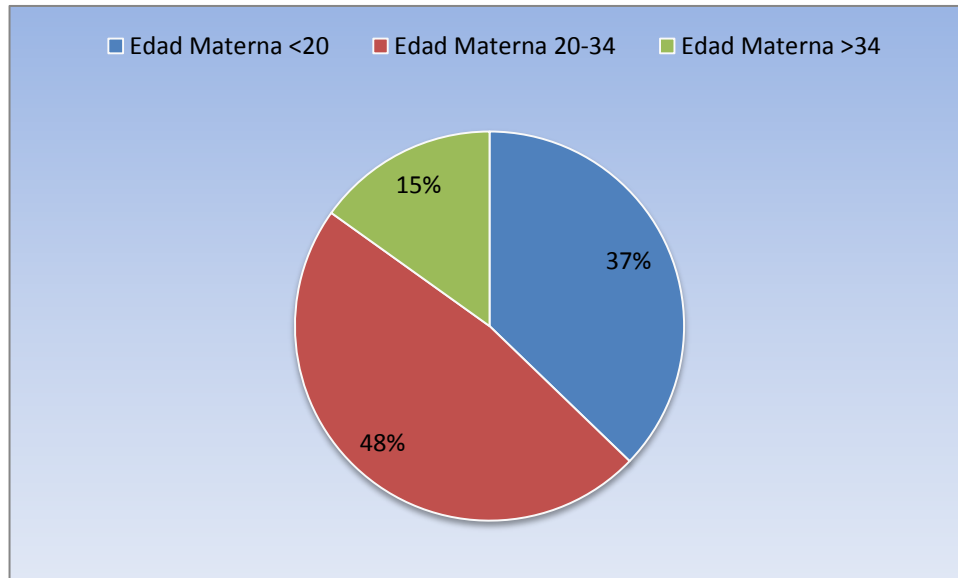
Tabla N°. 13 Condición clínica de egreso de pacientes que presentaron complicación obstétrica Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016

tipo de complicación		Egreso			Total
		Alta	Traslado	Fallecido	
Aborto incompleto	Recuento	17	0	0	17
	% del total	19.8%	0.0%	0.0%	19.8%
HMR	Recuento	6	0	0	6
	% del total	7.0%	0.0%	0.0%	7.0%
Placenta Previa	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
DPPNI	Recuento	1	1	0	2
	% del total	1.2%	1.2%	0.0%	2.3%
Preeclampsia grave	Recuento	8	5	0	13
	% del total	9.3%	5.8%	0.0%	15.1%
Eclampsia	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0.0%	2.3%	0.0%	2.3%
Hemorragia por hipotonía uterina	Recuento	12	6	0	18
	% del total	14.0%	7.0%	0.0%	20.9%
Hemorragia por desgarro de cuello	Recuento	2	1	0	3
	% del total	2.3%	1.2%	0.0%	3.5%
Hemorragia por restos placentarios	Recuento	7	0	0	7
	% del total	8.1%	0.0%	0.0%	8.1%
Hemorragia por retención de placenta	Recuento	5	2	0	7
	% del total	5.8%	2.3%	0.0%	8.1%
Shock hemorrágico	Recuento	0	0	1	1
	% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
Sepsis	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
RPM	Recuento	3	5	0	8
	% del total	3.5%	5.8%	0.0%	9.3%
Total	Recuento	61	24	1	86
	% del total	70.9%	27.9%	1.2%	100.0%

Fuente: Guía de observación y seguimiento

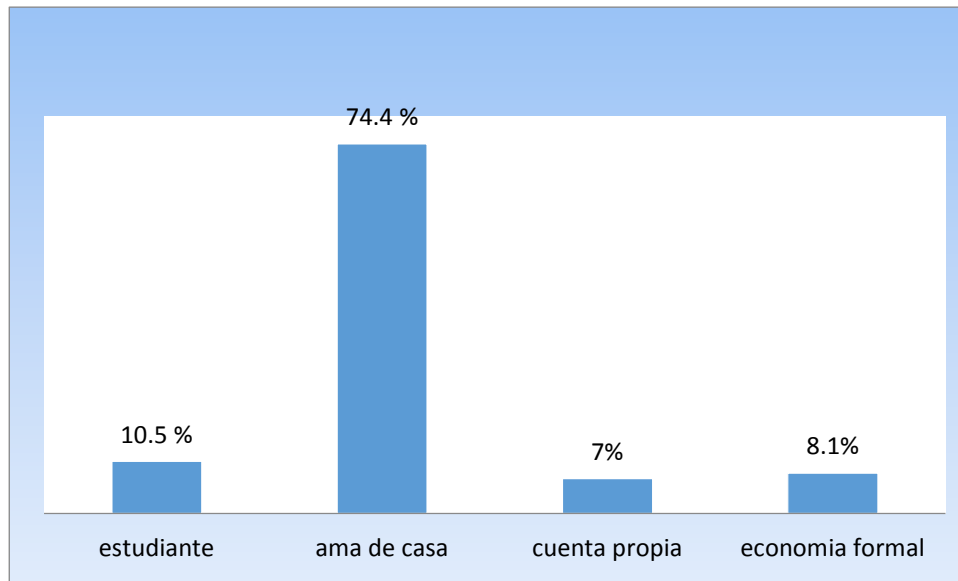
Gráficos

Gráfico N°1 Edad materna de pacientes que presentaron complicación obstétrica



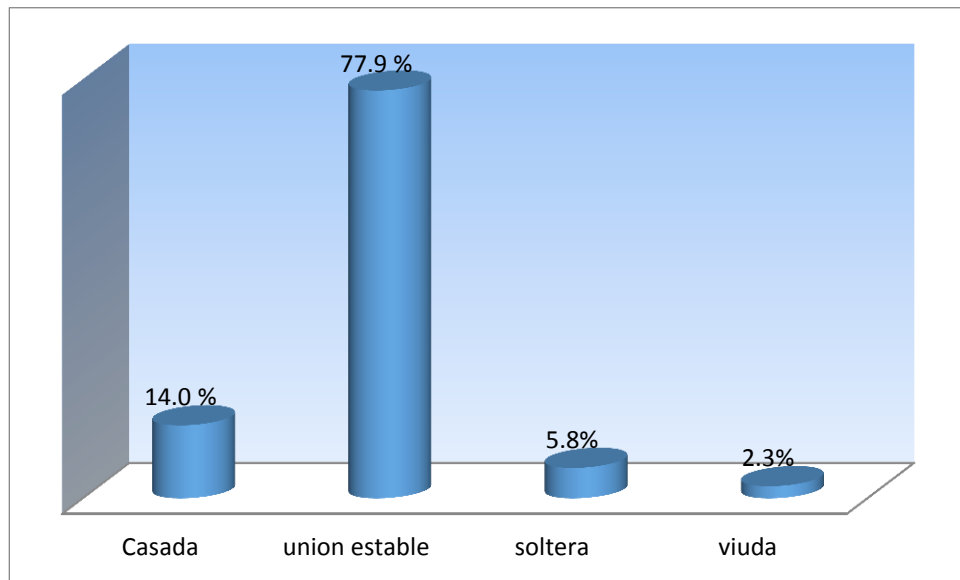
Fuente: Ver tabla N°1

Gráfico N°2 Ocupación de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



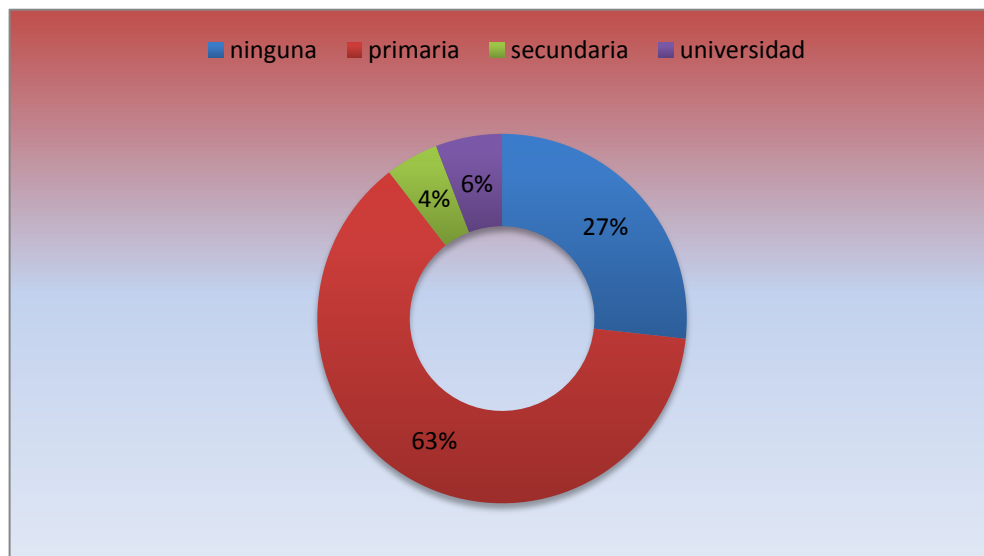
Fuente: Ver tabla N°1

Gráfico N°3 Estado civil de pacientes que presentaron complicación obstétrica



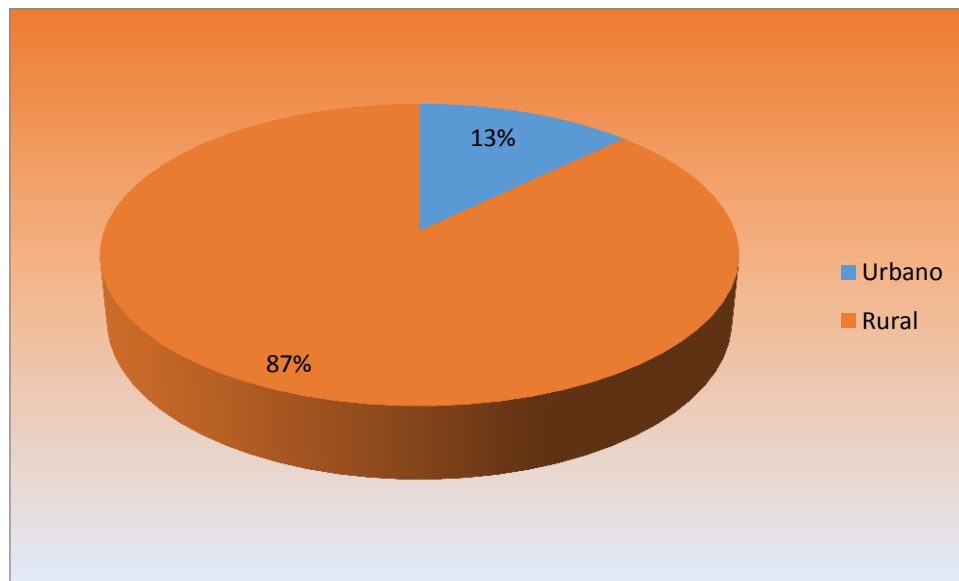
Fuente: Ver tabla N°1

Gráfico N° 4 Escolaridad de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



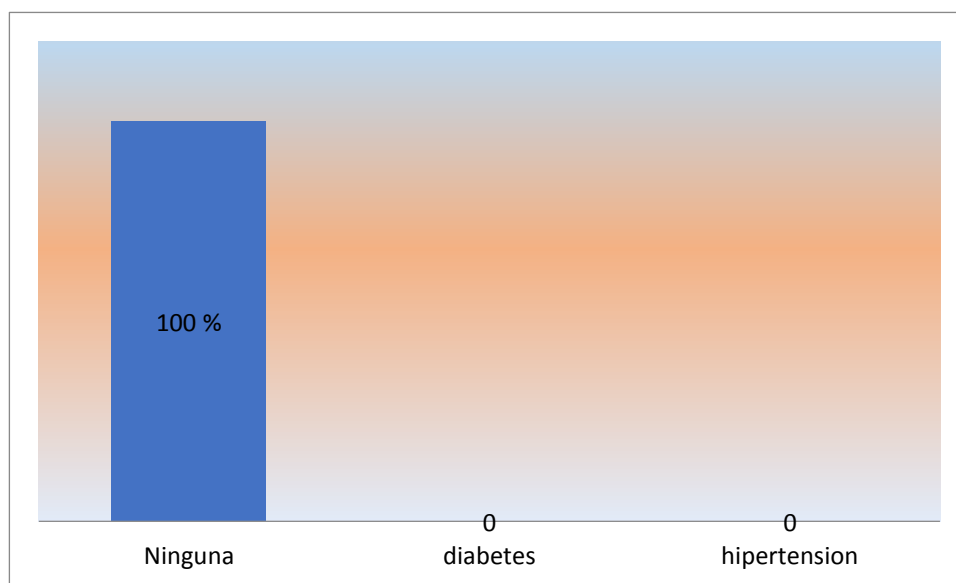
Fuente: Ver tabla N°1

Gráfico N° 5 Procedencia de pacientes que presentaron complicación obstétrica



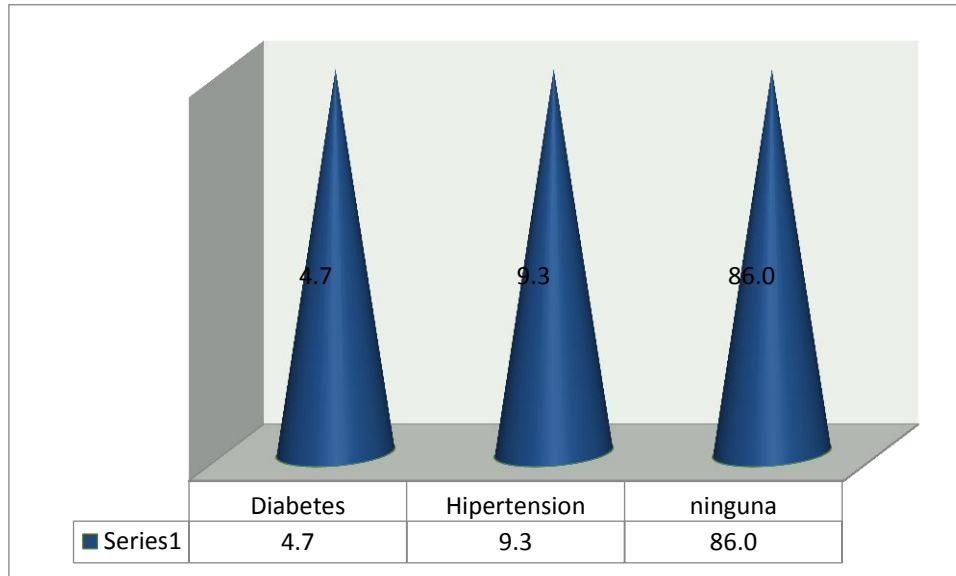
Fuente: Ver tabla N°1

Gráfico N° 6 Antecedentes patológicos personales de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



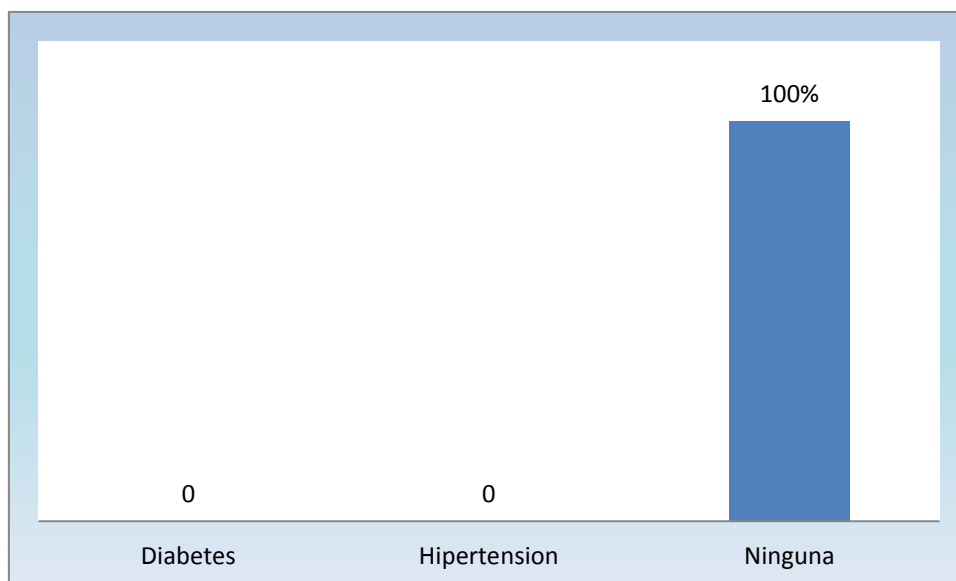
Fuente: Ver tabla N°2

Gráfico N° 7 Antecedentes patológicos familiares de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



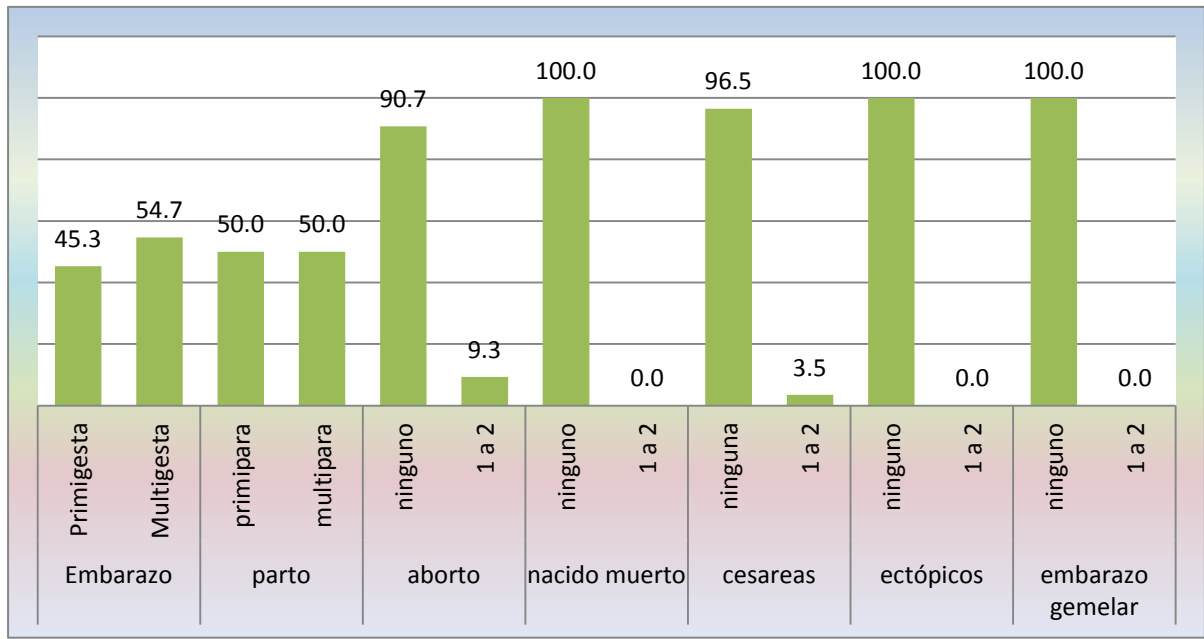
Fuente: Ver tabla N°2

Gráfico N° 8 Antecedentes personales no patológicos de pacientes que presentaron complicación obstétrica



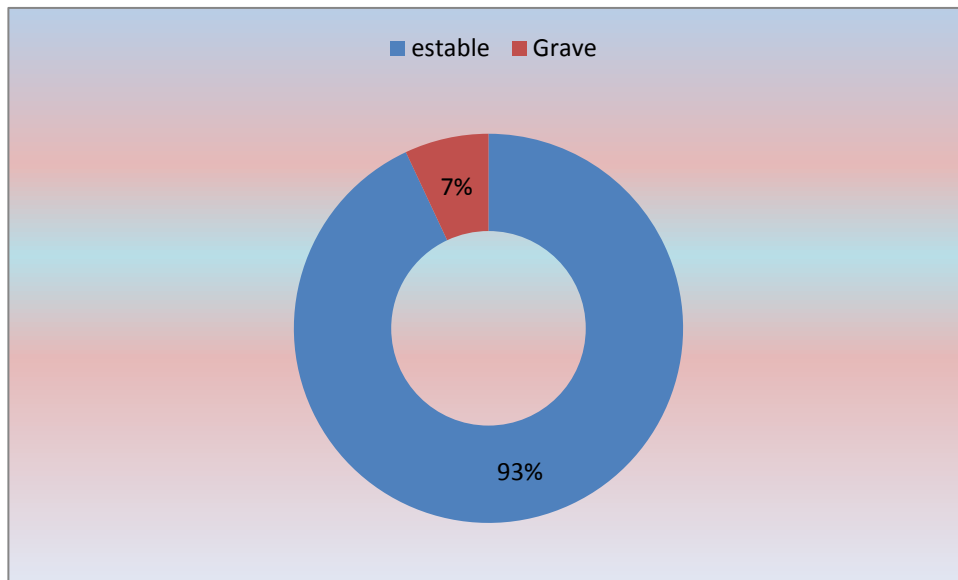
Fuente: Ver tabla N°2

Gráfico N° 9 Antecedentes ginecoobstétricos de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



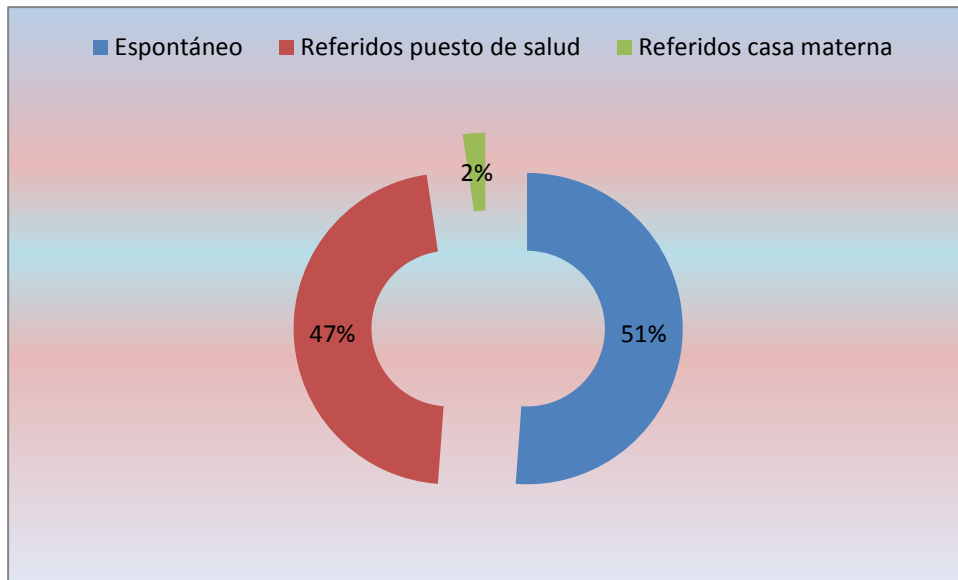
Fuente: Ver tabla N°2

Gráfico N° 10 Condición clínica de ingreso de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



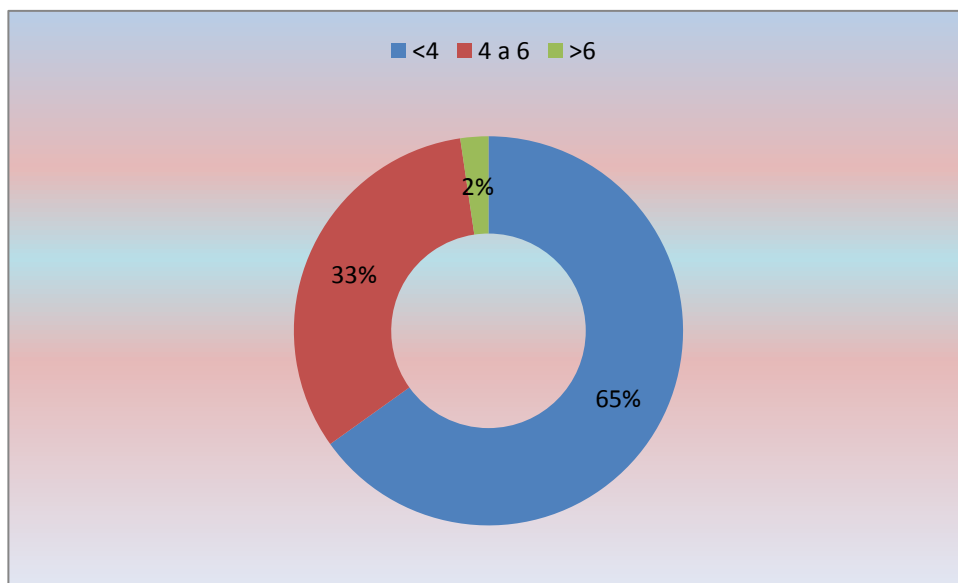
Fuente: Ver tabla N°3

Grafico N° 11 Procedencia de ingreso de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



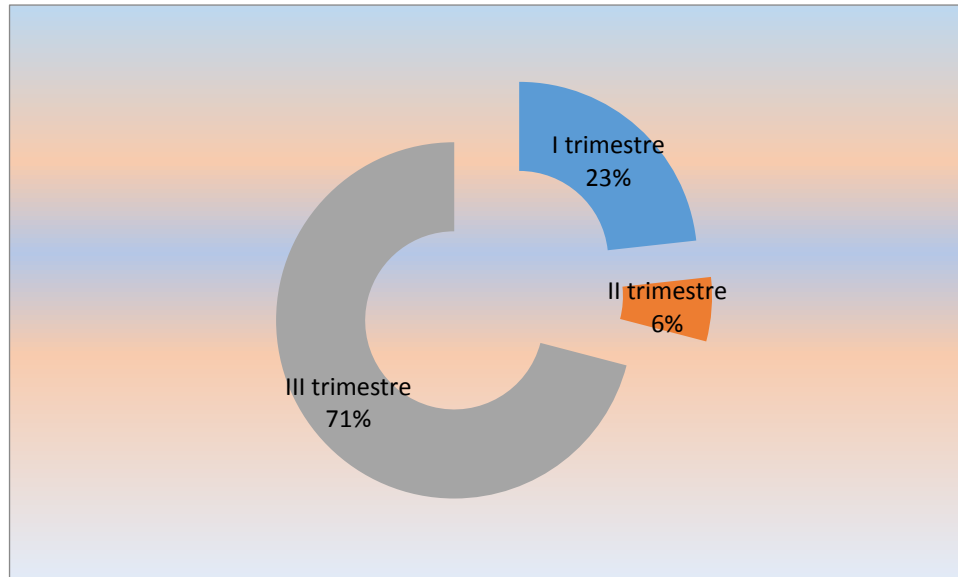
Fuente: Ver tabla N°3

Grafico N°.12 Controles prenatales de pacientes que presentaron complicación obstétrica



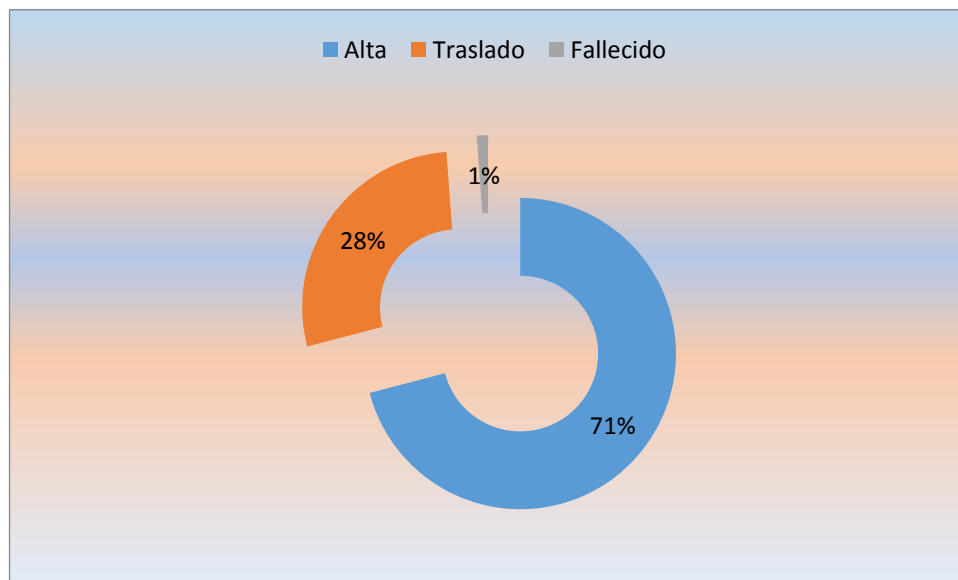
Fuente: Ver tabla N°3

Grafico N°. 13 Edad Gestacional de pacientes que presentaron complicación obstétrica



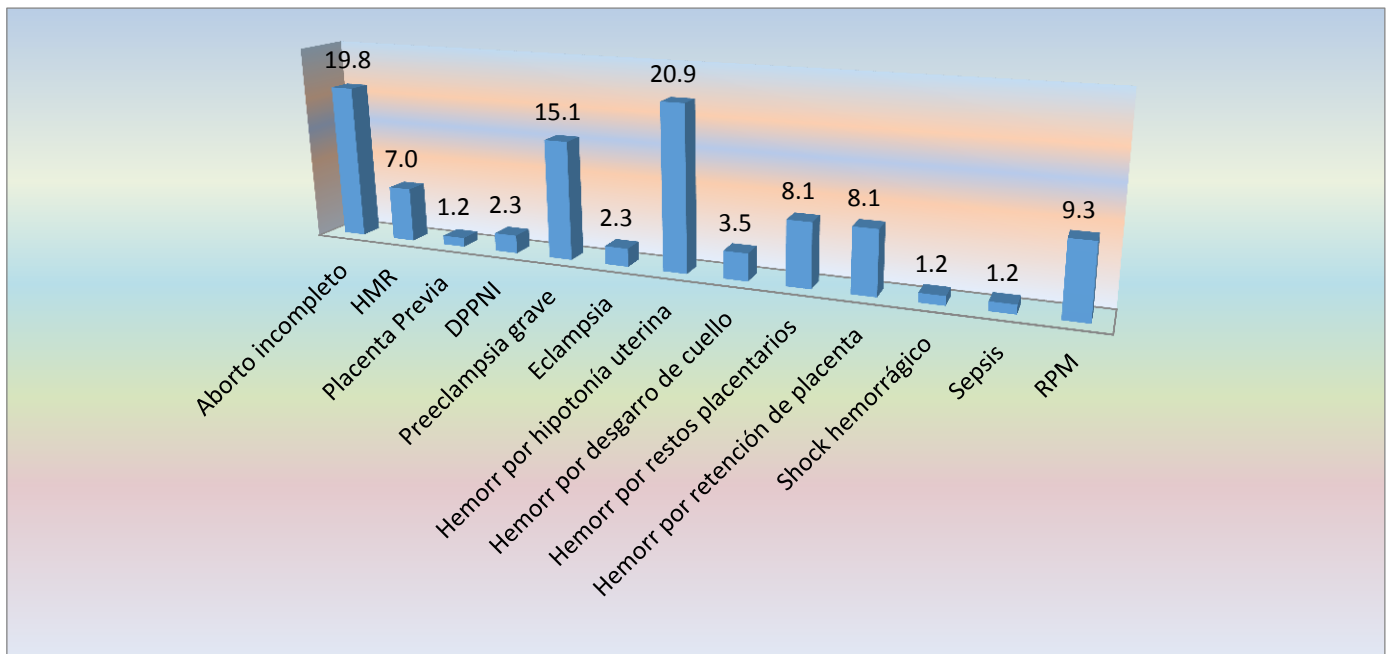
Fuente: Ver tabla N°3

Grafico N°. 14 Condición de egreso de pacientes que presentaron complicación obstétrica.



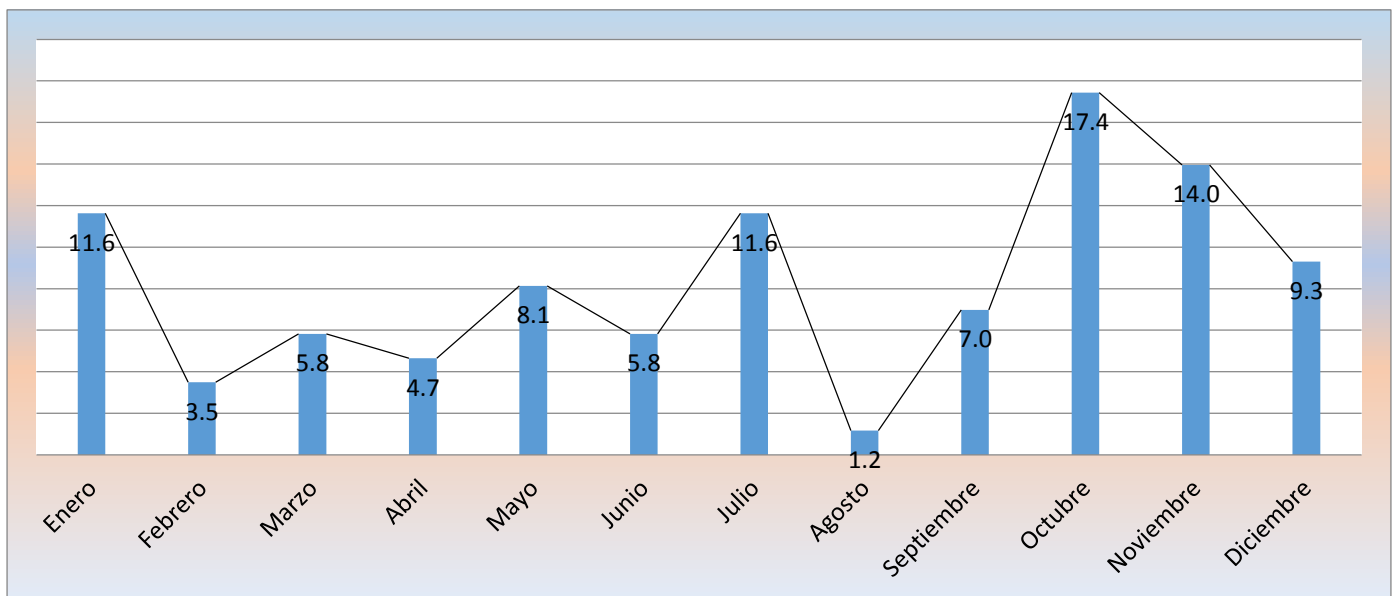
Fuente: Ver tabla N°3

Gráfico N°.15 Tipo de complicación obstétrica de pacientes en el periodo de estudio Hospital Primario Fidel Ventura.



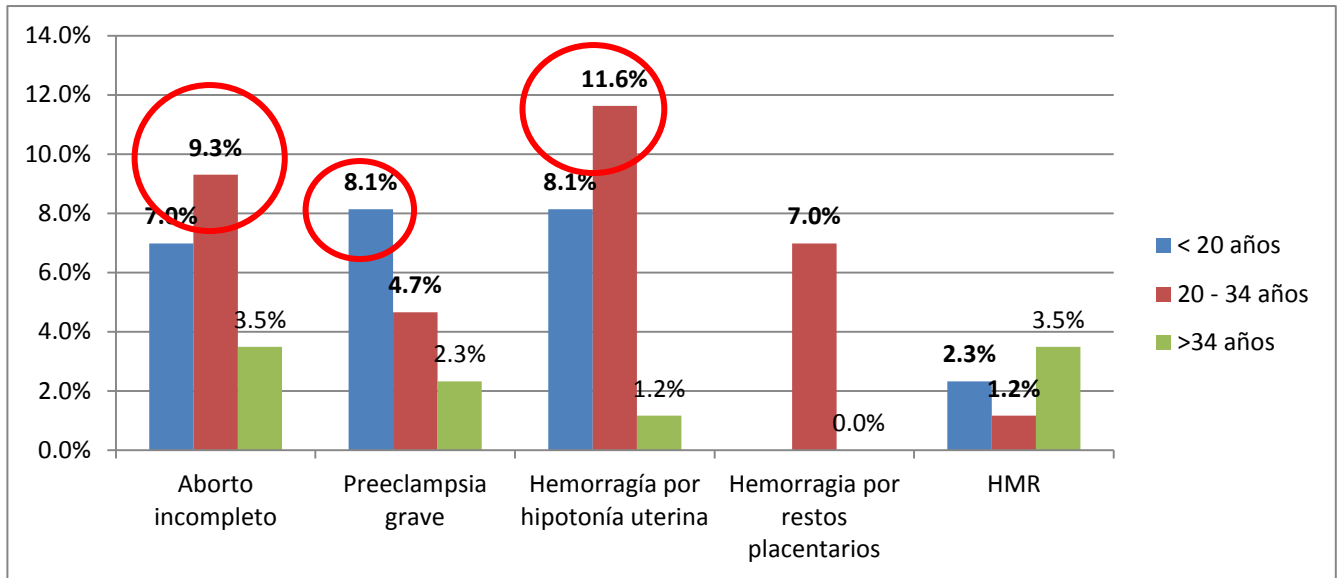
Fuente: Ver tabla N°4

Gráfico N°16 Período en que se presentaron complicaciones obstétricas en el Hospital Primario Fidel Ventura 2016 Waslala.



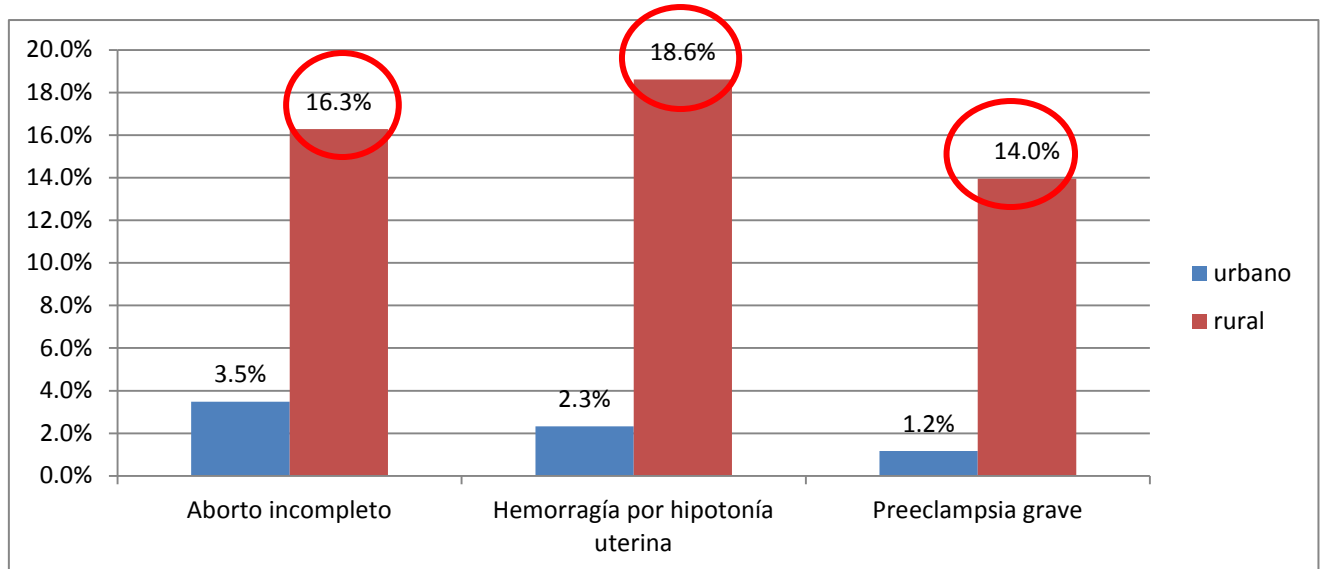
Fuente: Ver tabla N°4

Grafico N° 17 Principales complicaciones obstétricas según grupo etáreo de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.



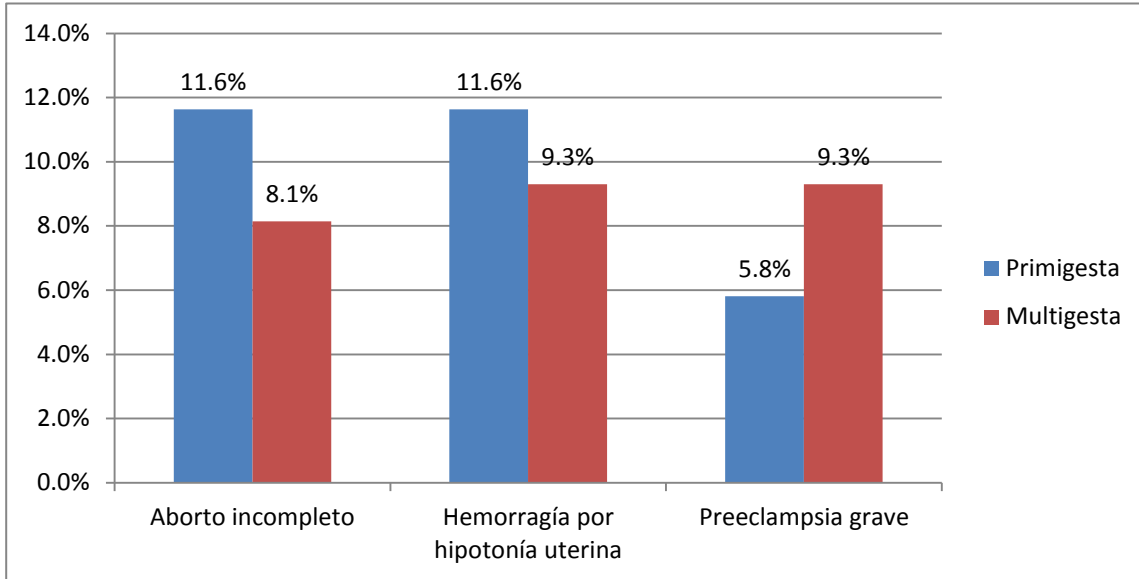
Fuente: Ver tabla N°5

Grafico N° 18 Tipo de complicación según procedencia de pacientes ingresadas en Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.



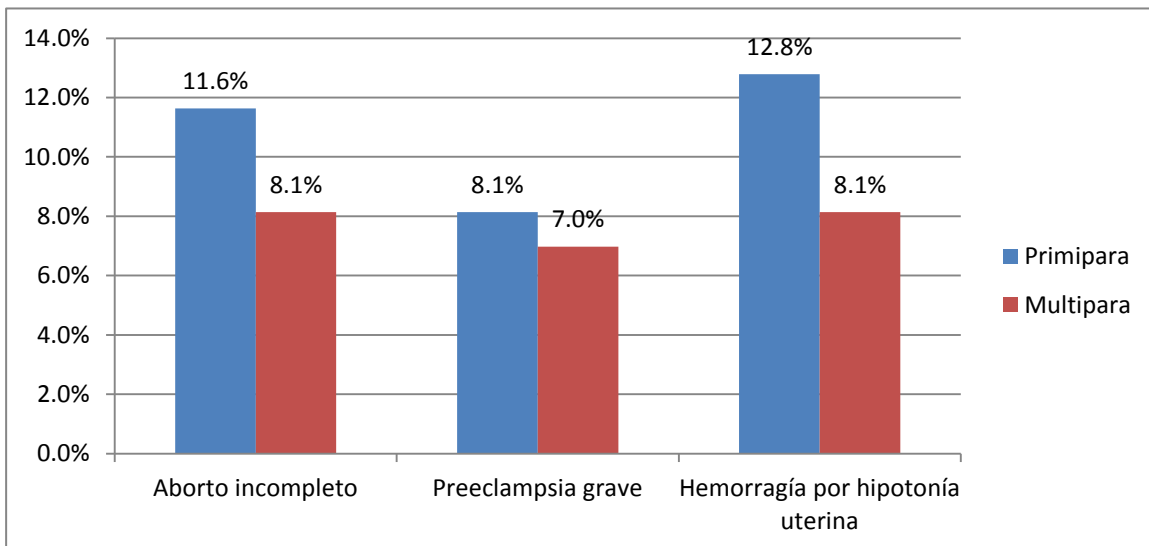
Fuente: Ver tabla N°6

Gráfico N° 19 Gesta de pacientes y su relación con las principales complicaciones obstétricas del Hospital Primario Fidel Ventura 2016 Waslala.



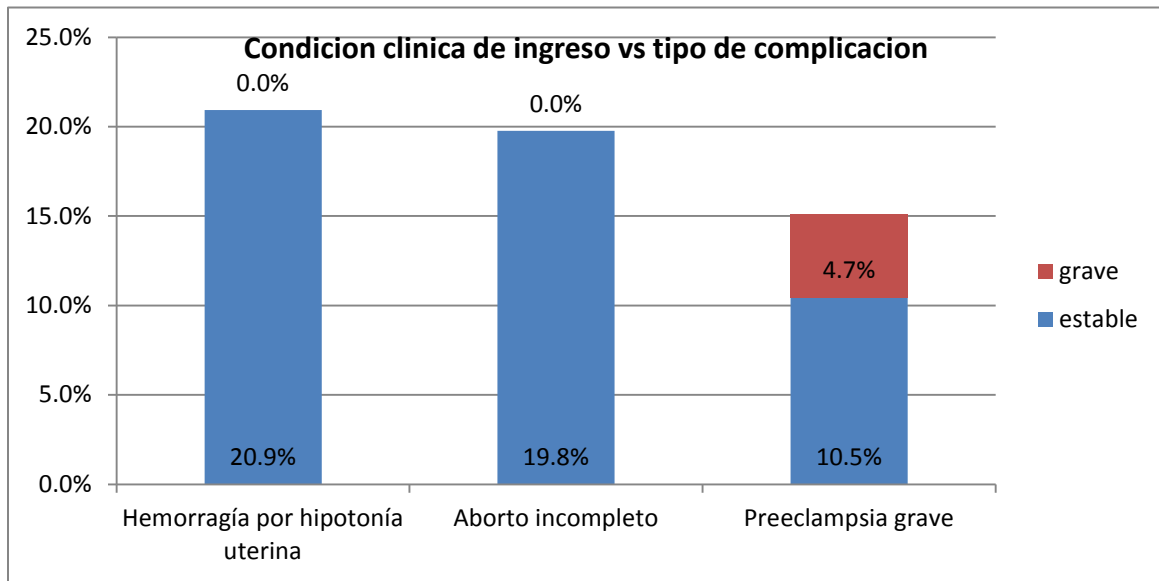
Fuente: Ver tabla N°7

Gráfico N° 20 Paridad de pacientes y su relación con las principales complicaciones obstétricas del Hospital Primario Fidel Ventura 2016 Waslala.



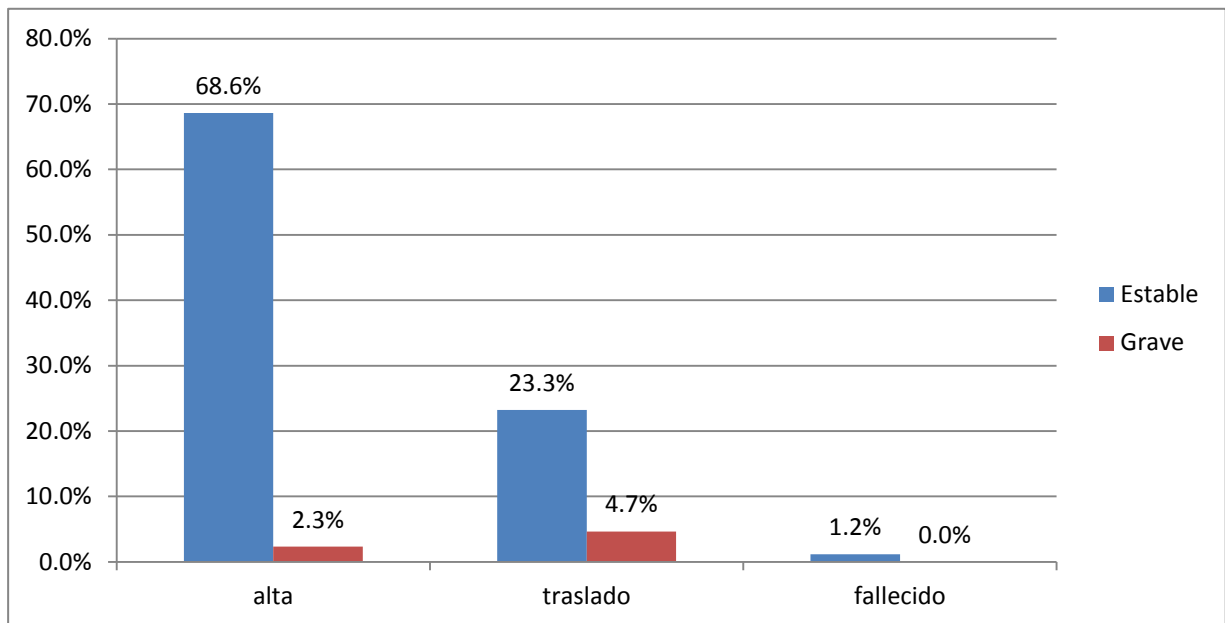
Fuente: Ver tabla N°8

Grafico N° 21 Condición clínica de ingreso relacionado al tipo de complicación obstétrica de pacientes del Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala 2016.



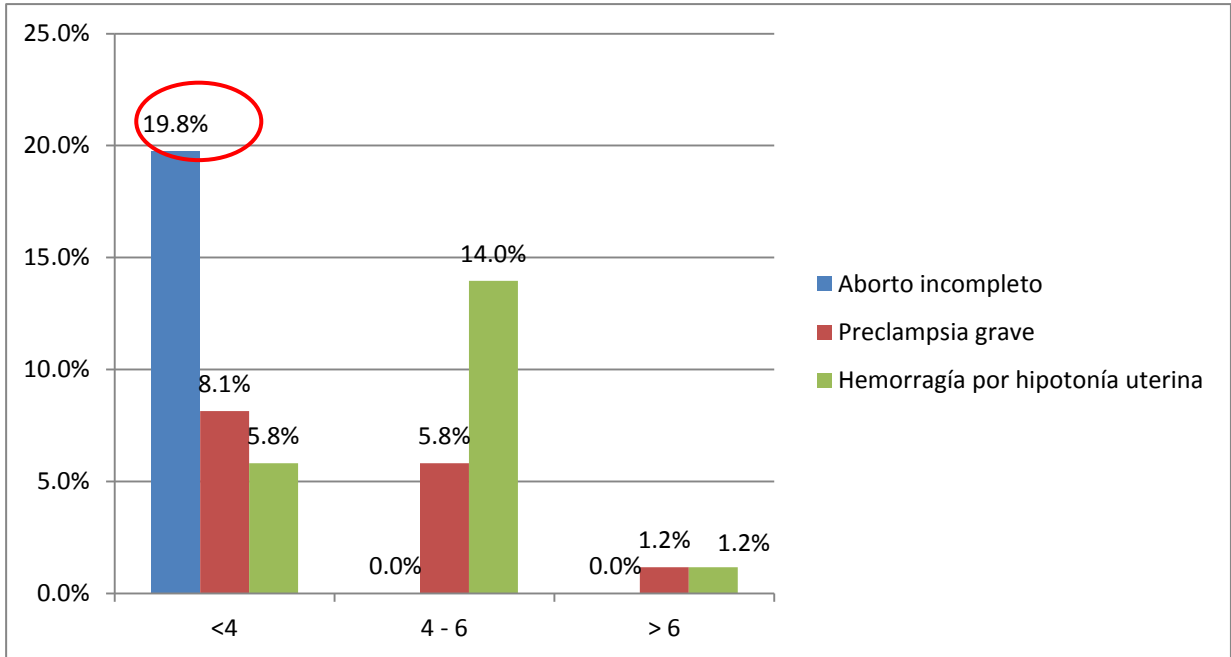
Fuente: Ver tabla N°9

Grafico N°. 22 Condición clínica de ingreso de pacientes que presentaron complicación obstétrica y su condición de egreso del Hospital Primario Fidel Ventura Waslala 2016.



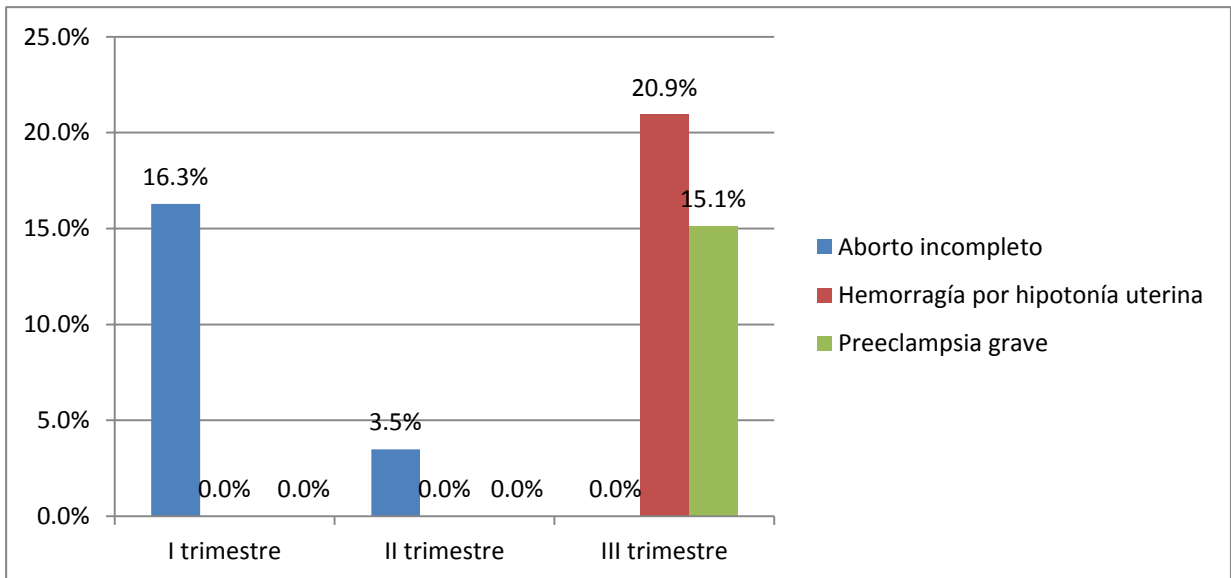
Fuente: Ver tabla N°10

Grafico N°. 23 Principales complicaciones obstétricas y su relación con el número de controles prenatales de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Fidel Ventura 2016 Waslala.



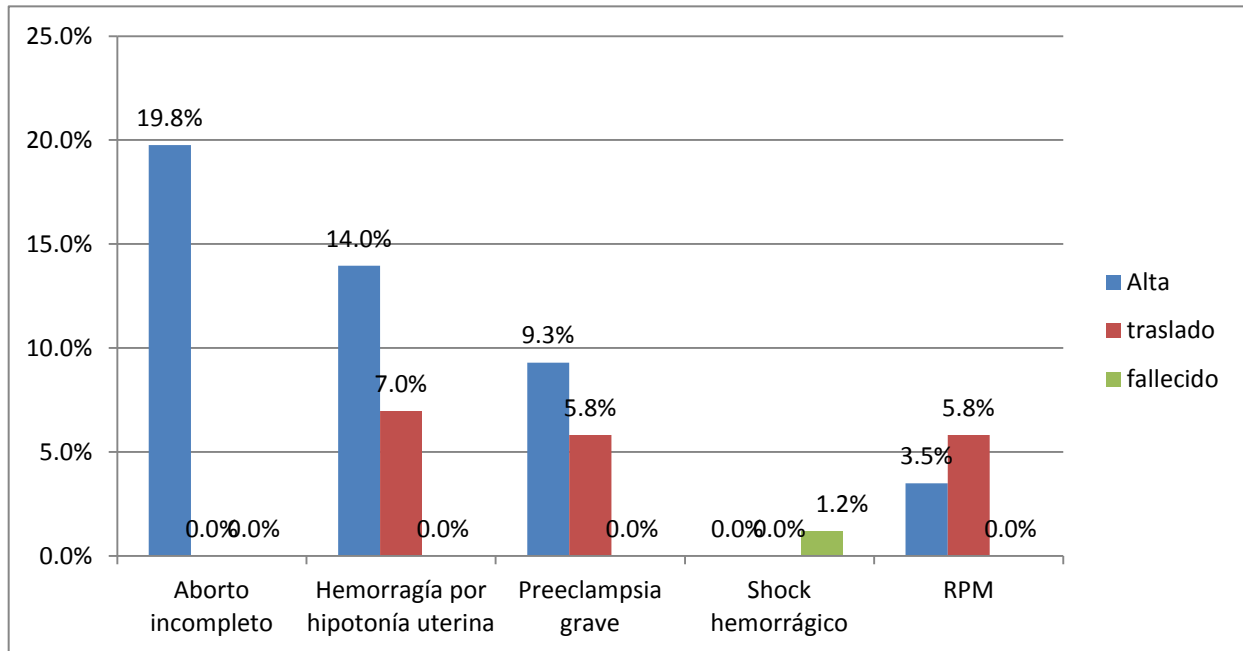
Fuente: Ver tabla N°11

Gráfico N° 24 Periodo gestacional y principales complicaciones obstétricas de las pacientes que ingresaron al Hospital Primario Fidel Ventura de Waslala 2016.



Fuente: Ver tabla N°12

Grafico N° 25 Comportamiento porcentual de las Principales complicaciones obstétricas y condición de egreso.



Fuente: Ver tabla N°13

Dedicatoria

A Dios todopoderoso, por la vida que nos ha concedido, por la experiencia que hemos acumulado, y por permitirnos llegar a culminar nuestra carrera y alcanzar cada uno de nuestros objetivos planteados durante el transcurso de nuestra profesión.

A nuestros padres y abuelos orientadores incansables de nuestras vidas, promotores del éxito, siempre con su apoyo al estudio, al trabajo y a la honestidad.

A nuestros maestros, guías permanentes en el esfuerzo diario, dosificadores con sus conocimientos, que gracias a cada uno de ellos hemos adquirido el conocimiento para poder ser unos profesionales de calidad.

Agradecimiento

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

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

A nuestros hermanos y demás familiares, por creer en nosotros y apoyarnos en el camino hacia el éxito. Gracias por su amor incondicional, por orientarnos y darnos el apoyo necesario en los momentos difíciles para seguir en pie de lucha y ser mejores personas cada día.

A nuestro tutor, Dr. Wilbert Daniel López Toruño por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

Les entregamos este logro.

OPINIÓN DEL TUTOR

El presente estudio, titulado: “**Comportamiento clínico y epidemiológico de las complicaciones obstétricas presentadas en el Hospital Primario “Fidel Ventura” del municipio de Waslala, departamento de Matagalpa en el período de enero a diciembre 2016**”, elaborado por *Fidel Guzmán Sevilla y Stephanie Navas Molina*, permite conocer la situación actual de los casos de las mujeres gravídicas atendidas en un municipio con ciertas dificultades, desde geográficas hasta económicas. Realmente dicha investigación llena las expectativas para poder tener un panorama de lo que está sucediendo en esta zona del país. Cabe destacar la importancia y relevancia científica de esta temática a nivel nacional de salud.

A pesar de los grandes esfuerzos que el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) está realizando en todas las esferas incluyendo salud, aún tenemos situaciones que afectan a las familias nicaragüenses, como es en la etapa del embarazo, ya que según estadísticas del MINSA mensualmente fallecen 8 mujeres por complicaciones obstétricas.

Mis más sinceras felicitaciones a los colegas Guzmán y Navas por tan valioso trabajo investigativo y aprovecho para instarlo a seguir luchando, en su camino a su profesionalización y especialización, con la tenacidad e ímpetu que demostraron durante toda la carrera. Recordarles que la mejor recompensa de un médico es la felicidad del paciente y de la familia.

Wilbert López Toruño MD. MPH.

Tutor Metodológico

Máster en Salud Pública

UNAN Managua

Resumen

En Nicaragua se registran entre 2000-2011, 1,169 muertes maternas, encontrándose Matagalpa dentro de los cinco SILAIS más afectados con el 14,50%. Siendo la hemorragia posparto y el síndrome hipertensivo gestacional las primeras dos causas de muerte. La presente investigación pretende determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de las complicaciones obstétricas presentadas en el hospital Primario Fidel ventura del municipio de Waslala departamento de Matagalpa en el período de enero a diciembre 2016. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo que abordó 86 casos de complicaciones obstétricas encontrándose que la mayoría de las pacientes eran de 20 a 34 años, amas de casa, en unión estable, con educación primaria y de procedencia rural. La mayor parte no tenían antecedentes patológicos familiares y ninguna de las pacientes tenían antecedentes personales patológicos, ni personales no patológicos. En igual cantidad las complicaciones ocurrieron en múltíparas y primíparas, no tenían antecedentes de aborto, de cesárea, de nacidos muertos, embarazos ectópicos ni embarazo gemelar. La condición clínica de ingreso fue estable, la forma de ingreso fue espontánea, tenían menos de 4 controles prenatales; en general no ameritaron ninguna intervención quirúrgica y egresaron estables. La principal complicación obstétrica encontrada fue la hemorragia posparto secundaria a hipotonía uterina y en el mes de octubre ocurrió el mayor número de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: complicación obstétrica, HPFV (Hospital primario Fidel Ventura) y Comportamiento clínico.