

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN - LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS MAS FRECUENTES EN LOS PARTOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL NUEVO AMANECER NANCY BACH DE PUERTO CABEZAS EN EL
PERIODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2012**

AUTORA: HAZEL PATRICIA TELLERIA LÓPEZ

**TUTOR: Dr. JAIRO JOSÉ GARCÍA
GINECOBSTETRA**

**ASESOR: Dr. FRANCISCO TERCERO MADRIZ, PHD
PROF. TITULAR DPTO. SALUD PÚBLICA**

DEDICATORIA

A Dios:

Nuestro Señor Padre Celestial que es el centro de mi vida, inspiración y luz en mis proyectos y la fortaleza en mi camino.

A mí Madre:

Norma Jerónima López Centeno por ser fuente de inspiración y esfuerzo ya que con sus consejos, sacrificios y apoyo incondicional he alcanzado mis metas

A Mi Esposo:

Marvin Alexander Pérez Flores por su amor, su apoyo, su entrega de forma incondicional, ha llenado mi vida de felicidad y entusiasmo.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Nuestro padre, por brindarme sabiduría, fortaleza, salud, y sobre todo por haberme permitido culminar mis estudios.

A Mis Tutores:

Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD Prof. Titular Dpto. Salud Pública y Dr. Jairo José García, especialista en ginecología por haberme instruido en la realización de este trabajo.

A Todo el personal de Salud:

Del Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de Puerto Cabezas por haberme proporcionado información necesaria para elaborar de manera más ágil este trabajo investigativo.

OPINION DEL CATEDRATICO

La presente tesis, tiene por tema complicaciones obstétricas más frecuentes en los partos atendidos en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de puerto cabezas en el periodo enero-diciembre del 2012, tratando de investigar cuales de las complicaciones obstétricas son más frecuentes en las embarazadas; ya que en la actualidad en nuestro país la mortalidad materna continua aumentando .

Este informe tiene que motivar a las autoridades del MINSA de la RAAN – Bilwi, Puerto Cabezas a capacitar y promover estrategias que tienen acción efectiva en todo su personal ya que la relevancia de su contenido está en el hecho de que nos muestra cómo mejoraría el servicios de atención y su calidad evitando complicaciones oportunamente desde el primer nivel de atención así como también muertes maternas por estas complicaciones, y a todos los obstetras del país para que conozcamos las estadísticas y se retomen las experiencias de otros sitios sugiriendo las posibles deficiencias.

Dr. Jairo José García
Especialista en ginecobstetricia

RESUMEN

Las complicaciones obstétricas continúan incrementando con el transcurso del tiempo y con ello la morbilidad materna tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, constituyendo en nuestro país el 17% de las muertes maternas debido a una complicación obstétrica. El objetivo de esta investigación fue describir las complicaciones obstétricas más frecuentes en los partos atendidos en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de Puerto Cabezas en el periodo comprendido de enero- diciembre del año 2012, para lo cual se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un total de 104 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La información se obtuvo de fuente secundaria expedientes clínicos y libros de registro la cual posteriormente se procesó en el programa SPSS 18. En relación a las variables socio demográficas de la población, se encontró que el grupo etáreo predominante fue de 20 – 35 años, la mayoría de las pacientes estaban solteras, eran ama de casa y con nivel educacional secundaria, procediendo del sector urbano. Como antecedentes obstétricos, la mayoría eran bigesta con menos de 4 controles prenatales, y más del 50% con embarazos a término, con parto vía cesárea de las cuales la mayoría fue egresada viva, resultando como antecedente patológico personal más frecuente la hipertensión arterial crónica, predominando como principal complicación obstétrica el síndrome hipertensivo gestacional en sus diferentes clasificaciones.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
INTRODUCCION.....	01
ANTECEDENTES.....	03
JUSTIFICACION.....	04
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
OBJETIVOS.....	06
MARCO TEORICO.....	07
DISEÑO METODOLOGICO.....	21
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	23
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS.....	37

- Ficha de recolección de datos



INTRODUCCIÓN

Dos de las ocho Metas de Desarrollo de Milenio están orientadas a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. En el primer caso se pretende reducir la mortalidad de la niñez en dos terceras partes y la mortalidad materna en tres cuartas partes. Estas metas han sido acogidas por la mayoría de países incluyendo Nicaragua, pero se requiere de estudios que provean información sobre los diversos determinantes que afectan la salud reproductiva. ^{1,2}

La mortalidad materna se relaciona estrechamente con los determinantes de la salud: pobreza, nivel de educación, accesibilidad a los servicios de salud, barreras culturales, así como también con alta paridad, espacios intergenésicos cortos, embarazo durante la adolescencia y desconocimientos de los signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio. ^{3, 4}

Se puede afirmar que intervenir eficientemente en las tres demoras previene la mortalidad materna. Así, la promoción en salud, la organización y participación de la comunidad juegan un papel preponderante, ya que inciden en la primera y segunda demora; identificación de los signos de peligro de parte de la mujer y de su familia que conllevan a una toma de decisión oportuna en relación al traslado inmediato de la mujer embarazada a la unidad de salud más indicada. La tercera demora está íntimamente ligada a la calidad y calidez de la atención que se brinda en nuestras unidades de salud. ^{5,6}

El objetivo de las Normas y Protocolos se orienta a la seguridad del bienestar materno-fetal, planear la actitud obstétrica y conseguir el manejo apropiado de las complicaciones obstétricas en la etapa de hospitalización. ^{4,6}

Es por ello que este estudio se orienta a conocer el comportamiento de las complicaciones obstétricas, ya que influyen en causar graves repercusiones en el binomio (madre-hijo). Además las tasas de mortalidad materna y perinatal, es un indicador que se utiliza para valorar el crecimiento y el desarrollo humano de un país.



En el mundo cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas, de ellas 190 enfrentan un embarazo no deseado, 110 sufren complicaciones obstétricas, 40 tienen un aborto en condiciones de riesgos, y una de ellas muere. ^{5,6}

En los países latinoamericanos y del Caribe, la reducción de las tasas de mortalidad materna y el logro de una maternidad saludable continúan siendo un desafío debido a las desigualdades económicas, culturales, así como los índices de violencias, pobreza y abortos. En las mayorías de estos países las complicaciones obstétricas, parto y puerperio, son causas principales de defunciones y discapacidades en mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad. ^{6,7}

La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales de difícil acceso. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados. La falta de recursos económicos, para acceder a los servicios y la falta de adaptación de estos hace que ellas recurran a sus culturas y costumbres, utilizando atención de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos y por consiguiente identificar y tratar adecuadamente una complicación obstétrica. ^{7,8}

En Nicaragua la mortalidad materna así como la mortalidad perinatal representan el 11.5% de la mortalidad en general del país, es por eso que es uno de los principales problemas de salud pública, considerando que más del 70% de muertes maternas proviene de zonas rurales y más de la mitad tienen de 20 a 34 años siendo la principal causa de muerte una de las complicaciones obstétricas. ⁹

Es importante recordar que estas muertes afectan el núcleo de la familia no sólo por la muerte de la madre, sino también porque se aumenta en un 50%, la probabilidad de que sus hijos menores de cinco años fallezcan después de ellas. ^{8,9}



ANTECEDENTES

Las normas de alto riesgo obstétrico son el patrón de referencia que permitirá homogenizar y estandarizar la atención en las complicaciones obstétricas, con la finalidad de disminuir la variabilidad de las prácticas clínicas, medir el estado de calidad de la atención y reducir la morbilidad materna y perinatal. Así mismo este documento deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos y brindar una atención digna a las mujeres en esta etapa de su vida.^{8,9}

El Dr. S. Álvarez de la escuela de Medicina MOUNT SINAI Nueva York 1990-1996 demostró que la mujer mayor de 40 años o más tenían tres veces más probabilidades de presentar complicaciones durante su parto y casi el doble de probabilidad de mayores complicaciones perinatales que la mujer de 20-30 años. Este porcentaje aumenta aún más en las madres primerizas de más de 40 años.¹⁰

En 1999 en el Hospital Berta Calderón Roque se realizó un estudio sobre frecuencia, causas y manejo de complicaciones obstétricas en Primigesta adolescentes concluyendo que el 73% tenían educación primaria, 5% sin ninguna educación; 75% pertenecían al área urbana; las principales complicaciones fueron el Síndrome Hipertensivo Gestacional y Ruptura Prematura de Membranas en un 14% presentando de forma mínima otras complicaciones como sepsis puerperal y parto obstruido.¹¹

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los servicios de labor y parto, alto riesgo obstétrico, y neonatología del hospital Berta Calderón Roque durante los meses de octubre 2007 a enero 2010. Con el objetivo de evaluar la frecuencia de las complicaciones obstétricas y perinatales. Siendo los principales resultados que la mediana de edad fue más de 22 años con una desviación Standard de 5, el 64.2 % fueron Primigesta, más del 50% no se realizó controles prenatales. El 65.7% de las paciente presentó infección de vías urinarias, 62,9% síndrome hipertensivo gestacional en sus diferentes subclasificaciones, un 31.4% reportó ruptura prematura de membranas, también prevalecieron estas mismas patologías en el parto.^{11, 12}



JUSTIFICACION

En Nicaragua a pesar de que contamos con las normas y protocolos de atención de las complicaciones obstétricas desde el año 2006, la tasa de Mortalidad Materna en la RAAN ocupa el tercer lugar a nivel nacional según datos epidemiológicos proporcionados por el MINSA hasta la semana 33 del año 2008 con 5 muertes maternas solamente superado por Matagalpa y Jinotega que ocupan el primero y segundo lugar respectivamente. ^{13,15}

La mayoría de las complicaciones obstétricas (75%) podrían ser evitadas con un control prenatal sistemático. La detección precoz de las pacientes de alto riesgo y la corrección de los factores de riesgo podría ser efectiva con un Sistema Nacional de Salud inter-coordinado para tener máxima optimización de recursos humanos y de equipamientos e investigación, en países con bajos recursos económicos como el nuestro. ¹⁶

Fue de mi interés conocer las complicaciones obstétricas y perinatales más frecuentes en las embarazadas que acuden a la consulta del hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de puerto cabezas , Nicaragua para la atención de su parto y de esta manera tomar acciones en beneficio del binomio madre – hijo. Considerando que la Región Autónoma del Atlántico Norte continua ocupando uno de los primeros lugares en los registros de las muertes maternas presentando tasas alarmantes y con tendencias elevadas al promedio registrado a nivel nacional en los últimos años, estando estas muertes asociadas a las causas obstétricas directas causadas por hemorragias y Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG).^{15, 16}



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en los partos atendidos en el hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de Puerto Cabezas en el periodo enero - diciembre del año 2012?



OBJETIVOS

❖ General

Describir las complicaciones obstétricas más frecuentes en los partos atendidos en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de Puerto Cabezas en el periodo enero- diciembre del año 2012.

❖ Específicos:

1. Describir las características socio demográficas de las pacientes en estudio.
2. Identificar los antecedentes ginecobstetricos de las pacientes en estudio el período correspondiente.
3. Enumerar las complicaciones obstétricas más frecuentes en los partos atendidos en el periodo correspondiente.



MARCO TEORICO

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

❖ DEFINICION^{4,15,18}

Sangrado vaginal acompañado o no en una gestante con más de 22 semanas de gestación.

❖ CLASIFICACION

<p>PLACENTA PREVIA</p>	<p>Inserción baja: borde de la placenta a menos de 10 cm del orificio interno sin llegar a este.</p> <p>Marginal: borde de la placenta llega a orificio interno sin cubrirlo.</p> <p>Oclusiva parcial: borde de la placenta cubre el orificio parcialmente.</p> <p>Oclusiva total: la placenta cubre todo el orificio interno.</p>
<p>DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA</p>	<p>Grado I: desprendimiento menor del 30%. Sangrado leve (150 ml), signos vitales normales sin repercusión perinatal, diagnóstico postparto.</p> <p>Grado II: desprendimiento del 30 al 50%. Sangrado moderado (150 - 500 ml), signos vitales alterados, datos de sufrimiento fetal agudo.</p> <p>Grado III: desprendimiento mayor del 50%, (mayor de 500 ml) sangrado severo, estado franco de shock, muerte fetal.</p>
<p>RUPTURA UTERINA</p>	<p>Del segmento inferior</p> <p>Total: la solución de continuidad abarca las tres capas del útero.</p> <p>Parcial: peritoneo íntegro, abarcando algunas de las capas del útero.</p> <p>Complicadas: el desgarró se extiende más allá del segmento y afecta la vejiga, el recto, la vagina y el ligamento ancho.</p> <p>Del cuerpo uterino</p> <p>Son por lo general totales, tanto el feto como la placenta suelen pasar al abdomen.</p>



❖ **TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION⁴**

PLACENTA PREVIA

- Dieta normal
- Reposo absoluto en cama
- No realizar tacto vaginal
- Iniciar maduración pulmonar entre las 24 y 34 semanas.
- Evitar el nacimiento pre termino (valorar el uso de útero inhibidores)
- Canalizar 2 venas con bránula 16 para hidratar.
- Vigilar signos vitales
- preparar para transfundir si hay necesidad
- Vigilar vitalidad fetal
- Realizar USG y perfil biofísico semanal.
- Control de HTO y hemoglobina cada 8 horas
- Interrumpir el embarazo a las 37 SG
- si el sangrado no sede interrumpir el embarazo por medio de cesárea

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMIOINSERTA

- Evaluar y tratar los signos de shock (hipotensión, taquicardia, disnea, mareos, confusión agitación, características de la piel).
- Canalizar dos vías con bránula de mayor calibre posible y administre Hartman o SSN 1000 a 40 – 60 gotas por minuto
- Transfundir si es necesario
- Oxígeno a 6 – 8 litros por minuto por catéter
- Valorar estado fetal
- Colocar sonda Foley y medir diuresis horaria (más de 35 ml)
- Exámenes (BHC, EGO, tipo y RH, glucosa y creatinina, ácido úrico, nitrógeno en urea, TP TPT, TS, TC, plaquetas, fibrinógeno, TGO, TGO).



Sangrado leve

- Embarazo menor de las 34 semanas
- ✓ Maduración pulmonar fetal
- ✓ Si no hay modificaciones cervicales, esperar a que el embarazo continúe hasta pasar las 34 semanas e interrumpir según condiciones obstétricas parto o cesárea
- Mayor de 34 semanas con dilatación cervical avanzada (mayor a 8 cm con feto vivo o muerto)
- ✓ Trabajo de parto irregular, las contracciones uterinas no son útiles
- ✓ Monitorear la evolución del Trabajo de Parto
- ✓ Oxido conducir si es necesario
- ✓ Trabajo de parto efectivo
- ✓ Esperar un trabajo de parto rápido

RUPTURA UTERINA

- Canalizar doble vía y administrar Ringer o SSN a 40 o 60 gotas por minuto.
- Transfundir según sea necesario
- Oxígeno a 6-8 litros por minutos
- Colocar sonda Foley
- Tomar muestra para exámenes
- Realizar cirugía de urgencia

SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

DEFINICIÓN ^{3, 4,12}

El Síndrome Hipertensivo Gestacional se refiere al aumento en la Tensión Arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada con proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio, y en algunos casos convulsión.



CLASIFICACION

• **Hipertensión crónica:**

Elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada. En el caso de la hipertensión arterial crónica se obtiene la presión arterial diastólica de 90 mmHg o más en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de 4 o más horas de separación desde antes de estar embarazada o se diagnóstica antes de cumplir las 20 semanas de gestación.

• **Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada:**

Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinurico, durante el embarazo y que desaparece después del parto. Estos cambios coexisten con una modificación en la severidad de la hipertensión y pueden acompañarse de alteraciones del fondo de ojo, como exudado, edema y hemorragia retiniana.

• **Hipertensión inducida por el embarazo:**

La hipertensión se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto o durante las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mmHg y no hay proteinuria.

• **Preeclampsia**

Moderada:

- ✓ Tensión diastólica mayor de 90 mmHg pero menor 110 mmHg. Considerar también cuando la tensión arterial media (TAM) se encuentra entre 105- 125 mmHg.
- ✓ Proteinuria una o dos cruces en prueba de cinta reactiva o 300 mg por decilitro en dos tomas consecutivas con intervalo de 4 horas o 3 gramos/litros en orina de 24 horas.

Grave:

- ✓ Tensión diastólica mayor o igual de 110 mmHg en dos ocasiones con intervalo de 4 horas. Considerar también cuando tensión arterial media es mayor o igual que 126 mmHg.
- ✓ Proteinuria de tres o más cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4 horas o es mayor de 5 gramos/litros en orina de 24 horas.



Signos y síntomas de peligro e indicadores de inminencia de eclampsia:

- ✓ Cefalea fronto-occipital que no cede con analgésicos.
- ✓ Visión borrosa, escotomas.
- ✓ Acufenos (tinnitus).
- ✓ Oliguria.
- ✓ Epigastralgia (signo de Chaussier).
- ✓ Hiperreflexia.
- **ECLAMPSIA:**
 - ✓ Hipertensión Arterial
 - ✓ Proteinuria
 - ✓ Convulsiones o coma

❖ MANEJO DE LA PRECLAMPSIA GRAVE Y LA ECLAMPSIA

La Preeclampsia grave y la eclampsia se deben de manejar intrahospitalariamente y de manera similar, salvo que en la eclampsia el nacimiento del niño debe producirse dentro de las primeras 12 horas que siguen a la aparición de las convulsiones.

Atención en el segundo nivel:

- Ingreso a la unidad de cuidados intermedios o intensivos
- Colocar bránula N°16 o de mayor calibre y administre Solución Salina o Ringer IV a fin de estabilizar hemodinamicamente
- Cateterice la vejiga con sonda Foley N°18 para medir la producción de orina y la proteinuria. La diuresis no debe estar por debajo de 25 ml/hora.
- Monitorear la cantidad de líquidos administrado mediante una gráfica estricta de balances de líquidos y producción de orina. Si la producción de orina es menor de 30 ml/hora, restringe el sulfato de magnesio e infunda líquidos IV a razón de 1 litro para cada 8 horas.
- Vigilar los signos vitales, reflejos y la frecuencia cardiaca fetal cada hora.
- Mantener las vías aéreas permeables.



- Ausculte las bases pulmonares cada hora para detectar estertores que indiquen edema pulmonar, de escucharse estertores restrinja los líquidos y administre Furosemda 40 mg IV una sola dosis.
- Realizar BHC, EGO, Proteínas en orina prueba de cinta reactiva, Tipo y Rh, Recuento de plaquetas, Tiempos de protrombina, Tiempo parcial de tromboplastina, Glucemia, Creatinina, Ácido úrico, Fibrinógeno, TGO, TGP, Perfil Lipídicos, Bilirrubinas, Ultrasonido Obstétrico.
- Oxígeno a 4 Lts. Por min por catéter nasal y a 6 Lts por min con máscara.
- Realizar prueba de la coagulación junto a la cama.
- Vigilar signos y síntomas de inminencia de eclampsia: hoja neurológica (signos de peligro), incluyendo la vigilancia estrecha de signos de intoxicación por sulfato de magnesio.
- Valorar vitalidad fetal e indicar madurez pulmonar (Dexametazona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis) entre las 26 y las 34 semanas y 6/7.
- Tratamiento Antihipertensivo: Si la presión arterial diastólica es mayor o igual a 110 mm Hg administre medicamentos Antihipertensivos y reduzca la presión diastólica a menos de 100 mmHg pero no por debajo de 90 mmHg para prevenir la hipoperfusión placentaria y la hemorragia cerebral.
- **Dosis de Ataque: Hidralazina** 5 mg IV lentamente c /15 min hasta que disminuye la presión arterial (máximo 4 dosis = 20 mg). Si la respuesta es inadecuada o no se dispone de Hidralazina administrar otro hipertensivo: Labetalol 10mg IV. Si la respuesta con labetalol es inadecuada (la PA diastólica se mantiene en o encima de 110 mmHg) después de 10 minutos administre 20 mg de labetalol y aumente la dosis a 40 mg y luego 80 mg después de 10 minutos de administrada cada dosis si no se obtiene respuesta satisfactoria. En casos extremos utilice nifedipina 10 mg vía oral cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mmHg. No utilizar la vía sublingual.
- **Dosis de mantenimiento:** Si la respuesta a la Hidralazina fue adecuada, administre Hidralazina 10 mg IM c/8horas manteniendo la presión diastólica menor de 100 mm Hg pero no menos de 90 mmHg. En caso de respuesta inadecuada a Hidralazina intramuscular maneje con labetalol 200 mg vía oral cada 8 horas.
- Tratamiento Anticonvulsivante: esquema de Zuspan.



Dosis de carga: 4 gr de sulfato de magnesio al 10% (4ampollas) IV diluidos en 200 ml de solución salina al 0.9 % o Ringer (infusión continua a pasar en 5-15 min).

Dosis de mantenimiento: 8 gr de sulfato de magnesio al 10% IV diluido en 420 ml de solución salina al 0.9 % o Ringer C /8horas a pasar a 20 gotas por min.

En caso de no contar con sulfato de magnesio puede administrarse:

Difenilhidantoina: 15 mg/kg inicial, luego 5 mg /kg a las 2 horas mantenimiento: 200 mg oral o IV cada día por 3-5 días (15-17 mg/dl)

Durante su infusión debe vigilarse

- Diuresis mayor de 30 ml/hr.
- Frecuencia respiratoria igual o mayor de 12 por minuto.
- Reflejos osteotendinosos deben de ser normal.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

❖ **Definición** ^{4, 11}

Es la rotura de membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto, en cualquier edad gestacional.

❖ **Clasificación**

- **Rotura Prematura:** es la que ocurre antes del comienzo del parto.
- **Rotura Precoz:** es la que acontece durante el período de dilatación, antes de que este se haya completado.
- **Rotura Tempestiva u oportuna:** es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado
- **Rotura Alta:** cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
- **Rotura Falsa o Doble Saco Ovular:** consiste en la rotura del corion con integridad del amnios, el derrame de líquido es escaso.
- **Rotura Espontánea:** es la que se produce después del trabajo de parto.
- **Rotura Prolongada de Membrana:** cuando el período de latencia es mayor de 24 horas.
- **Rotura Artificial:** cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.



❖ **Diagnóstico**

1. **Interrogatorio:** la descripción de la paciente de la salida de líquido por la vagina es una de las ayudas más valiosas para diagnosticar la RPM pues hace el diagnóstico en el 90% de los casos. La paciente puede hablar de una salida abundante y súbita de líquido o de la salida intermitente pero continúa de pequeñas cantidades de líquido por la vagina.
2. **Visualización del líquido amniótico:** se inicia con una especuloscopia para observar si hay o no salida de líquido a través del cuello en forma espontánea o por medio de presión en el fondo uterino o por maniobras de Valsalva. Si no es posible distinguir si el líquido que se observa a la especuloscopia.

❖ **Pruebas auxiliares de diagnóstico**

	Técnica	Falso Negativo	Falso Positivo
Prueba del PH	Se coloca el papel por 15 seg. Observar pH= 5-6: íntegras pH= 6.5-7.5: rotas	Poca eliminación, Infección	Sangre, semen, moco cervical, orina alcalina, jabón
Prueba de cristalización. O cristales en hojas de helechos.	Se toma la muestra y se coloca en un portaobjeto, la presencia de cristales en forma de helechos hacen el Dx	Presencia de sangre, meconio, secreción vaginal	Elementos que cristalizan en forma parecida: orina, antisépticos, el moco cervical
Prueba de la tinción de células y glóbulos lipídicos, elementos de la descamación fetal	1 gota de contenido Vaginal y de colorante, poner cubre objeto. Desecar con calor suave. Observar	Pocas concentraciones en las gestaciones menores de 32sem.	Contaminación con lípidos de las glándulas sebáceas
Presencia de fosfatidilglicerol	Cromatografía en capa fina Sólo en laboratorio especializados	Pulmón fetal inmaduro	



3. **Ecografía:** una disminución marcada o ausencia de líquido amniótico sustenta el diagnóstico de RPM aunque no excluye otras causas de oligohidramnios como anomalía fetal o insuficiencia útero placentaria. Se debe tener en cuenta que el hallazgo de nivel normal de líquido amniótico en la ecografía no excluye el diagnóstico de RPM; por lo tanto, si sigue la sospecha grande y la ecografía muestra líquido normal, se procederá al siguiente paso.

❖ Manejo médico quirúrgico

La conducta a seguir depende de la sospecha o presencia de infección ovular y del desarrollo y madurez fetal, en especial del pulmón.

El manejo médico expectante se da cuando la gestación se encuentra entre las 24-34 semanas, sin evidencia de infección materna y/o fetal, se realiza las siguientes acciones:

Para la interrupción inmediata del embarazo debe considerarse los siguientes parámetros:

- Temperatura materna mayor o igual a 37.5 grados centígrados, y al menos dos de los siguientes parámetros
- Hipersensibilidad uterina
- Salida de secreción vaginal fétida o líquido amniótico fétido
- Leucocitosis mayor o igual a 15,000 y presencia en banda mayor del 69%
- Proteína C Reactiva 2 veces mayor de lo normal
- Taquicardia materna sostenida más de 100 latidos por minuto
- Taquicardia fetal sostenida más de 160 latidos por minuto.

Ruptura de membranas en embarazo pretérmino

Sin trabajo de parto pretérmino sin contraindicaciones para continuar el embarazo:

- Eritromicina 250 mg PO c/6h x 7 días o hasta el nacimiento.
- Si la Edad Gestacional es >26 <35 SG administrar corticoides prenatal.
- Maduración pulmonar.
- Interrupción del embarazo ya sea cesárea o vía vaginal.



- Se realizara cesárea cuando hay presentación distócica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, etc.
- Cuando es vía vaginal se inicia maduración del cuello, si no hay actividad uterina se inicia inducto conducción.
- Tocolisis: Esta intervención tiene la finalidad de demorar el parto hasta que los corticoides y antibióticos haya producido su efecto.
- ✓ La gestación es menor a 37 semanas
- ✓ Cuello uterino dilatado menos de 3cm
- ✓ No hay amnionitis, pre eclampsia, ni sangrado activo.
- ✓ No hay sufrimiento fetal

Con trabajo de parto y la gestación es menor 37 semanas:

- Penicilina G dosis inicial 5 millones IV y luego 2.5 millones de unidades IV c/4h
- Ampicilina 2gr IV como dosis inicial y luego 1 gr IV c/4h
- Clindamicina 900 mg IV c/8hrs, hasta el parto, en las embarazadas alérgicas a penicilina.

TRABAJO DE PARTO DETENIDO

❖ **Definición**^{4, 18}

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 ya sea por alteraciones de contractilidad uterina o por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas.

❖ **Clasificación**⁴

- Alteraciones en las fases y periodos del trabajo de parto
- Parto obstruido
- Presentaciones, posiciones y situaciones anormales o viciosas



❖ **Diagnóstico**

Período y fase del trabajo de parto en que se encuentra		
Diagnóstico de progreso insatisfactorio y obstrucción del trabajo de parto		
Diagnóstico	Criterios	Periodo
Falso trabajo de parto	Cuello uterino no dilatado, no borrado con contracciones uterinas irregulares.	No trabajo de parto
Trabajo de parto inicial (fase latente normal)	Dilatación menor de 4 cm, borramiento menor del 50%, contracciones uterinas irregulares.	I período del trabajo de parto
Fase latente prolongada	Dilatación menor de 4 cm, borramiento menor del 50%, contracciones uterinas irregulares por más de 8 horas	I período del trabajo de parto
Fase activa prolongada (borramiento y dilatación)	Partograma con curva real prolongada a la derecha de la curva de alerta. Duración mayor que lo establecido, contracciones uterinas regulares, cuello uterino dilatado 4-10 cm, borramiento de 50-100% comienza descenso fetal.	I período del trabajo de parto
Parto obstruido	No progreso de la dilatación cervical y del descenso de la presentación en presencia de contractilidad uterina regular, edema de cuello uterino, caput succedáneo, moldeamiento de la cabeza, sufrimiento materno o fetal agudo.	I y II período del trabajo de parto
Presentaciones y posiciones anómalas o viciosas	Presentaciones que no sean de vértice con occipito izquierda anterior (OIA) y occipito derecha posterior con o sin trabajo de parto regular	I y II período del trabajo de parto
Hipodinamia	1-2 contracciones en 10 minutos duración menor de 40 segundos.	I y II período del trabajo de parto
Fase expulsiva prolongada	Cuello uterino dilatado completamente, borramiento del 100%, pujos, no hay descenso de la presentación, ni expulsión del producto.	II período del trabajo de parto



❖ **Tratamiento médico quirúrgico**

- Evaluar el estado hemodinámico materno
- Diagnóstico de trabajo de parto
- Identificar el período y fase del trabajo de parto
- Evaluar el grado de encajamiento y descenso de la presentación
- Identifique el tipo de presentación y la posición del feto
- Evaluar la proporción céfalo – pélvica
- Evaluar el progreso del trabajo de parto
 - Progreso insatisfactorio del trabajo de parto
 - Trabajo de parto detenido u obstruido
- Evaluar el estado fetal
 - Presencia de movimientos fetales, intensidad y su número en una hora
 - Auscultar FCF (frecuencia cardiaca fetal) antes, durante y después de la contracción uterina a fin de obtener una FCF basal
- Realizar ultrasonido obstétrico
- Monitoreo fetal

Falso trabajo de parto

- Determine que no se encuentra en trabajo de parto, no hay contracciones uterinas efectivas.
- Si ha tenido contracciones uterinas y estas han desaparecido
- Sin modificaciones cervicales
- Determinar la estabilidad hemodinámica materna y descartar patologías agregadas
- Proporcionar alta a casa materna o domicilio cercano y solicitar q regrese a valoración cada 6 horas
- Educar sobre signos y síntomas de alarma

Fase latente prolongada

- Diagnóstico retrospectivo cuando cesan las contracciones uterinas y el cuello uterino progresa hasta los 4 cm y presenta borramiento menor del 50%



- Comprobar bienestar materno-fetal.
- Determinar si esta en trabajo de parto: si ha tenido contracciones uterinas y se considera como fase latente prolongada después de varias evaluaciones maneje como fase activa prolongada, si hay cambios en el borramiento y dilatación cervical rompa membranas si hay condiciones (no antes de 6 cm de dilatación) y se considera que puede favorecer el trabajo de parto y conduzca el trabajo de parto con oxitocina bajo vigilancia estricta.

Si en 8 horas de conducción no ha tenido progreso del trabajo de parto y no ha llegado a la fase activa, sospeche de desproporción céfalo-pélvica, parto obstruido, anomalías de la contracción, de la presentación y de la posición, se deberá realizar cesárea.

Fase activa prolongada

- Cuando existen contracciones uterinas regulares (3 - 4 contracciones en 10 minutos de 40 - 45 segundos de duración) por lo cual el proceso de dilatación no llega a 1 cm por hora en nulíparas y medio cm en multíparas, la dilatación no llega a los 10 cm, el borramiento es menor del 100% y no inicia el descenso del polo fetal.
- Si hay hipodinamia proceda a conducir el trabajo de parto administrando solución salina normal 500 ml + 2 UI de oxitocina IV iniciar a 2 mil unidades por minuto (8 gotas por minuto) modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta.
- Evaluar la necesidad de rotura artificial de membranas si se considera que la integridad de las membranas está contribuyendo a la prolongación de la fase activa o cuando se sospecha de sufrimiento fetal agudo.

Desproporción céfalo-pélvica

- Si el trabajo de parto continúa da lugar a un trabajo de parto obstruido o detenido.
- Si se considera que la desproporción céfalo-pélvica es leve y que es posible el nacimiento por vía vaginal realiza una prueba de trabajo de parto:
 - Es el tiempo total de 2 horas que se da a una parturienta con contracciones útiles para valorar el grado de descenso de la presentación, borramiento y dilatación.
 - Puede durar 4 hrs pero basta y sobra 2 hrs para hablar de Prueba de Trabajo de parto fallida.



Presentaciones y posiciones anormales o viciosas

- Pueden presentarse durante el trabajo de parto y provocar un trabajo de parto detenido
- Las presentaciones viciosas dan lugar a desproporción céfalo-pélvica adquirida.
- Dar prueba de trabajo de parto a multíparas con dilatación avanzada.
- Vigilar siempre la el bienestar materno fetal, vigilando estrictamente la FCF por la posibilidad de desarrollar sufrimiento fetal agudo.
- Vigilar la salida de líquido amniótico vaginal por la posibilidad de rotura de membranas o la aparición de líquido meconial que nos indique sufrimiento fetal.
- Si las membranas están integra, el cuello uterino dilatado y borrado, realice amniotomía y valore el estado del líquido amniótico y progresión del trabajo de parto.
- Si no hay trabajo de parto efectivo realice conducción del trabajo de parto
- Si el cuello uterino está totalmente dilatado pero no hay descenso de la presentación en el periodo expulsivo, realice el diagnostico de parto obstruido o detenido

Hipodinamia

Determinado por contractilidad menor de 3 en 10 minutos y una duración menor de 40 segundos y falta del progreso de borramiento y dilatación cervical y descenso de la presentación.

- Verificar hidratación y alimentación de la madre.
- Descartar agotamiento materno y uterino.
- Descartar desproporción céfalo pélvica y obstrucción del trabajo de parto.
- Indique conducción del trabajo de parto administrando solución salina normal 500 ml + 2 UI de oxitocina IV iniciar a 2 mil unidades por minuto (8 gotas por minuto) modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta
- Si se producen contracciones uterinas efectivas evalúe la necesidad de amniotomía y atención del parto.

Fase expulsiva prolongada

- Si el producto está en I o II o III plano de Hodge estando o no dilatado el cuello uterino, sospeche de desproporción céfalo pélvica y realice cesárea.
- Si el producto descendió hasta el III plano de Hodge y no progresa, evalúe la necesidad de aplicar un vacum extractor por personal calificado y capacitado.



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El Hospital Nuevo Amanecer “Nancy Bach” de la ciudad de Puerto Cabezas cuenta con un área de labor y parto con capacidad de ocho (8) camas para albergar a las pacientes. Además el hospital cuenta con tres (3) Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia, un (1) Médico General y quince (15) Médicos en Servicio Social y trece (13) Enfermeras.

Población de estudio: fue el total de pacientes que se les atendió el parto registradas en el Hospital Nuevo Amanecer, de las que se seleccionaron las diagnosticadas con una o más de las complicaciones obstétricas durante su atención.

Definición de caso: Pacientes a las que se les atendió el parto y se le diagnosticó una o más complicaciones obstétricas en el periodo enero-diciembre del año 2012.

Criterios de inclusión:

- Total de pacientes ingresadas a la unidad de labor y parto que durante su atención cumplieron con la definición de caso.
- Que los expedientes clínicos de los que se obtuvo la información contengan la información necesaria y los datos completos sobre la descripción de cada paciente.

Fuente: secundaria, a través del libro de Registros y de los expedientes clínicos.

Aspectos Éticos: Se solicitó autorización a la directora del Hospital Nuevo Amanecer de Puerto Cabezas y al responsable del área de estadística para la obtención de la información a través de la revisión de los expedientes clínicos asignados para cada paciente, garantizando así la confidencialidad de la información solamente para fines de estudio.



Instrumento para la recolección de la información: La fuente de información fue secundaria a través de los expedientes clínicos; del libro de ingreso y egreso con el diagnóstico de una o unas de las complicaciones descritas, consignadas en el período de estudio. Posteriormente la información se vertió en una ficha previamente elaborada conteniendo todas las variables en estudio.

Plan de análisis: Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 18.0. Las variables cualitativas fueron analizadas con razones y proporciones; mientras que para las variables numéricas se usan medidas de centro (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango).



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Escalas
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	≤19 años 20-35 años >35 años
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Soltera Casada Acompañada
Escolaridad	Nivel educacional en el sistema formal de educación	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
Ocupación	Actividad que desempeña diariamente la persona	Ama de casa Estudiante Comerciante Otra
Procedencia	Comunidad, barrio o sector donde habita	Rural Urbano
Gestas	Número de embarazos de la paciente al momento del estudio	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Granmultigesta
N° de CPN	Número de entrevistas médicas realizadas a la paciente con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo.	Ninguno 1 - 3 ≥ 4



Variable	Definición	Escalas
Antecedentes patológicos personales	Patología previa al embarazo que constituye un factor de riesgo	Hipertensión arterial crónica Diabetes mellitus Sepsis urinaria Preeclampsia Obesidad y Otras Ninguna
Edad gestacional en semanas	Período de tiempo en que se registra el tiempo de gravidez.	20 - 27 semanas 28 - 36 semanas 37 – 41 semanas ≥42 semanas
Diagnóstico de una o unas complicaciones obstétricas	Complicaciones obstétricas descritas en el protocolo nacional	Se especificarán según cada paciente
Vía de interrupción del embarazo	Proceso mediante el cual se da la extracción del producto como una forma de interrupción del embarazo	Vaginal Cesárea
Destino de la gestante	Proceder que se realizó con la gestante una vez atendida o si esta fallece en la unidad.	Egreso Traslado Fallecimiento



RESULTADOS

Las principales características socio demográficas fueron edad entre 20 a 35 años con el 65.4%, seguidas por las menores de 19 años con el 23.1%; procedencia urbana con 62.5%; nivel educacional de secundaria con el 42.3%; estado civil soltera con el 39.4%, seguidas de las casadas con el 32.7%; y la ocupación ama de casa con el 51% de las pacientes incluidas en el estudio (**Tabla 1**).

Tabla 1 Características socio demográficas de las pacientes que se les atendió el parto en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach, Puerto Cabezas 2012.

Variable	Total	%
Edad en años		
≤ 19 años	24	23.1
20-35	68	65.4
≥ 35 años	12	11.5
Procedencia		
Rural	39	37.5
Urbano	65	62.5
Nivel educacional		
Analfabeta	20	19.2
Primaria	17	16.3
Secundaria	44	42.3
Universidad	23	22.1
Estado civil		
Soltera	41	39.4
Casada	34	32.7
Acompañada	29	27.9
Ocupación		
Ama de casa	53	51.0
Comerciante	14	13.5
Estudiante	24	23.0
Otra	13	12.5
TOTAL	104	100



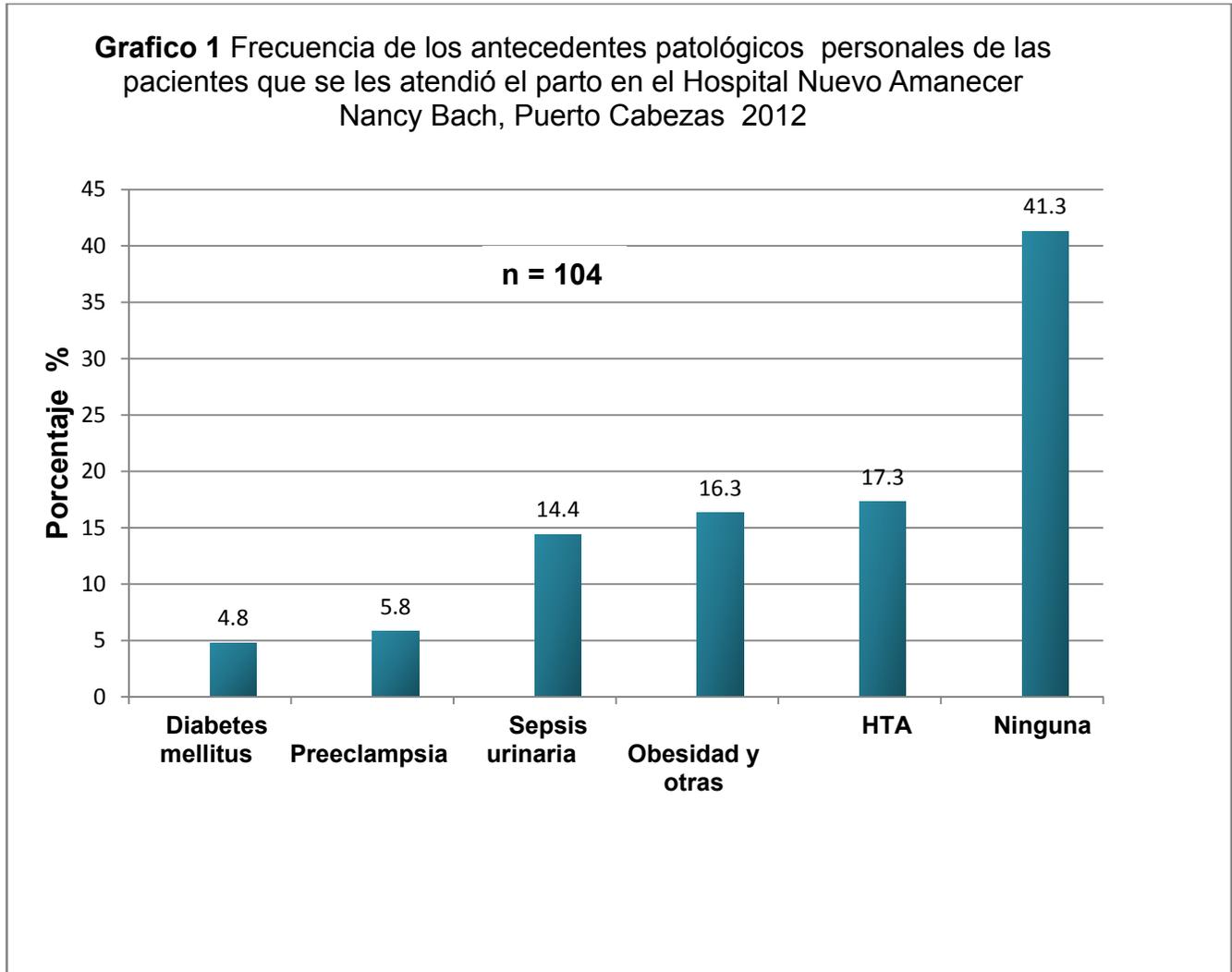
Los antecedentes obstétricos que caracterizaron a la población fueron las bigesta con el 32.7%, seguido de las primigesta y las trigesta con el 26.9% respectivamente. El 50% se realizó de 1-3 controles prenatales y el 36.5% no se realizaron los controles prenatales, siendo embarazos a término el 63.5%, seguido de los embarazos pretérmino con el 22%, predominando el parto vía cesárea con el 72.1% de las pacientes y el restante 27.9% vía vaginal. El 95.2% se egresaron vivas, el 2.9% se trasladaron a unidades de mayor resolución y 1.9% de las pacientes fallecieron (**Tabla 2**).

Tabla 2 Antecedentes obstétricos de las pacientes que se les atendió el parto en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach, Puerto Cabezas 2012.

Variable	Total	%
Gestas		
Primigesta	28	26.9
Bigesta	34	32.7
Trigesta	28	26.9
Multigesta	9	8.7
Granmultigesta	5	4.8
N° de controles prenatales		
Ninguno	38	36.5
1-3	52	50.0
≥ 4	14	13.5
Edad gestacional en semanas		
20 – 27 (inmaduro)	1	1.0
28 – 36 (pretérmino)	23	22.0
37 – 41 (a término)	66	63.5
≥ 42 (pos término)	14	13.5
Vía de interrupción de embarazo		
Vaginal	29	27.9
Cesárea	75	72.1
Destino de la paciente		
Egreso	99	95.2
Traslado	3	2.9
Fallecimiento	2	1.9
TOTAL	104	100

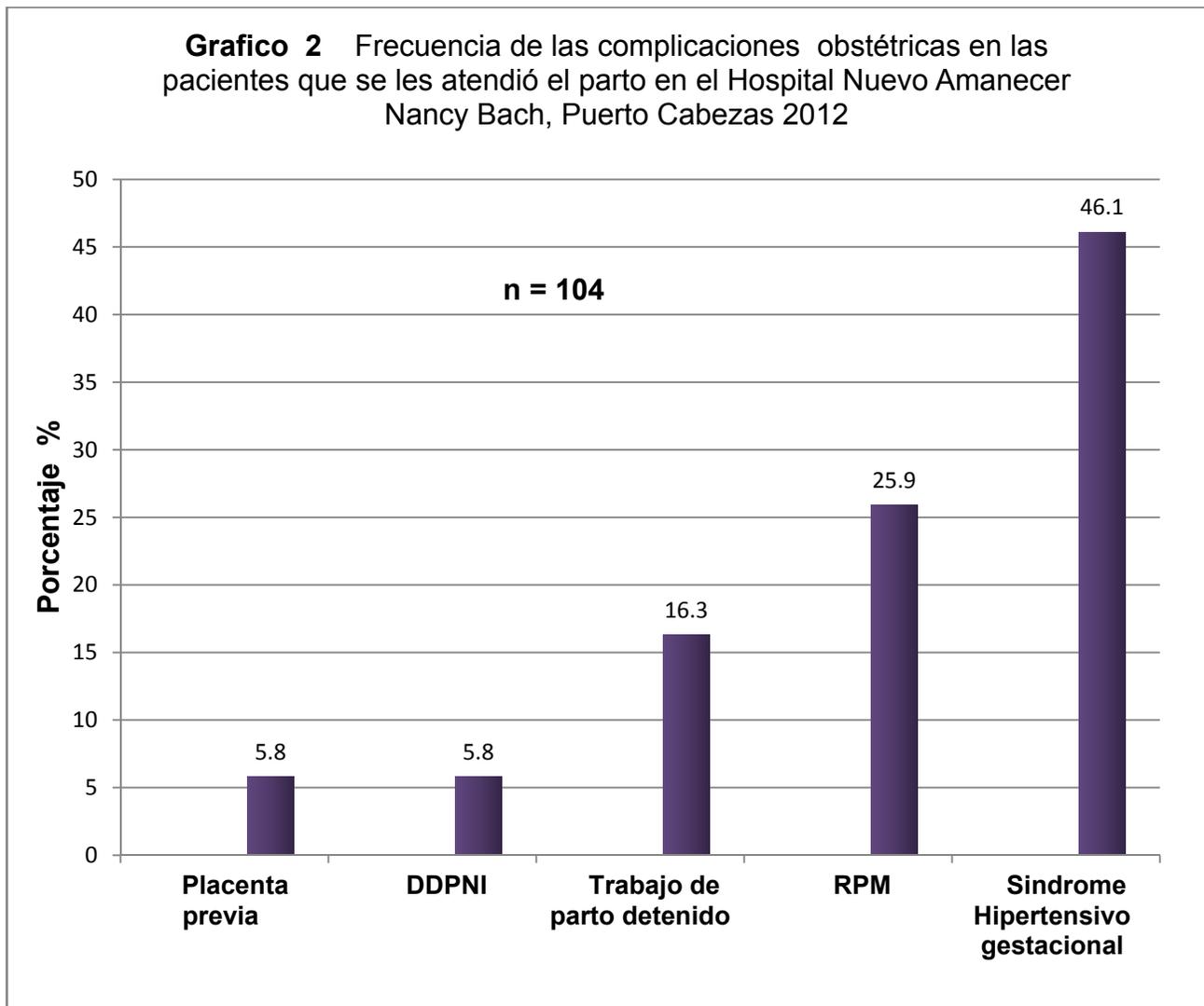


En relación a la frecuencia de los antecedentes patológicos personales de las pacientes el principal fue la hipertensión arterial crónica con 17.3%, seguida de obesidad y otras con el 16.3% y sepsis urinaria con el 14.4% (**Gráfico 1**).





En relación a las complicaciones obstétricas la más frecuente fue el síndrome hipertensivo gestacional con el 46.1 %, seguido de la RPM con el 25.9% y en tercer lugar el trabajo de parto detenido con el 16.3% y en último lugar el DPPNI y la placenta previa con el 5.8% cada una respectivamente (**Gráfico 2**).





Relacionando la frecuencia de las complicaciones obstétricas según los grupos etáreos la preeclampsia moderada y la RPM fueron las más frecuentes en las embarazadas adolescentes con el 29.2% respectivamente y el trabajo de parto detenido con el 25%; en el grupo de 20-35 años predominaron también la preeclampsia moderada con el 27.9% , la RPM con 26.5% y el trabajo de parto detenido con el 14.7%; en cambio en las embarazadas añosas predominaron la preeclampsia grave y moderada con el 33.3% y 25%, respectivamente, seguido de la RPM con el 16.7%(**Tabla 3**).

Tabla 3 Frecuencia de las complicaciones obstétricas según el grupo etáreo en las pacientes que se les atendió el parto en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy

Bach, Puerto Cabezas 2012.

Complicaciones obstétricas	Edad de la paciente*						Total	%
	≤19 años		20-35 años		>35 años			
	Total	%	Total	%	Total	%		
Preeclampsia moderada	7	29.2	19	27.9	3	25.0	29	27.9
Preeclampsia grave	2	8.3	6	8.8	4	33.3	12	11.5
RPM	7	29.2	18	26.5	2	16.7	27	25.9
Eclampsia	0	0.0	7	10.3	0	0.0	7	6.7
DPPNI	2	8.3	2	2.9	2	16.1	6	5.8
Trabajo de parto detenido	6	25	10	14.7	1	8.9	17	16.3
Placenta previa	0	0.0	6	8.8	0	0.0	6	5.8
Total	24	100	68	100	12	100	104	100

* Porcentaje calculado en base al total de columna.



DISCUSION

Una de las ventajas en este estudio fue el apoyo recibido por el personal del departamento de estadística, pero las principales limitaciones se relacionaron con el inadecuado llenado de los expedientes clínicos, lo que dificultaba determinar adecuadamente las variables dependientes.

En el presente estudio con relación a las características demográficas de las pacientes, el grupo de edad predominante fue de 20 a 35 años, con una edad media de 26 años, Resultados similares se encontró en un estudio realizado en el año 2004 en el Hospital Fernando Vélez Páiz donde se evaluó la frecuencia de las complicaciones obstétricas, por el Ministerio de Salud con el proyecto Grupo Internacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Asociada a las complicaciones obstétricas GIRMMACO donde la muestra estudiada fue 367 pacientes. En esa investigación el 69.2% de las pacientes tenían entre 19 a 35 años de edad, y una media de 22 años, lo cual se relaciona con los resultados del presente estudio, cabe mencionar que este estudio refleja un porcentaje de embarazos en adolescentes de 23.1% menor que el porcentaje reportado según los indicadores de salud para la RAAN en el 2008. En cuanto a la procedencia, difiere ya que en el estudio la mayoría provenía del área rural, y en este estudio fueron provenientes del casco urbano, pero en ambos estudios la mayoría de las pacientes eran amas de casa y solteras.¹⁴

Respecto a los antecedentes obstétricos en ambas investigaciones la mayoría de las pacientes eran bigesta, lo que difiere con el estudio ya que predominaron las primigesta y las multigesta teniendo más probabilidades para presentar complicaciones obstétricas. Además más del 50% de la muestra estudiada en ambas unidades asistenciales, tenían embarazo a término y se habían realizado menos de 4 controles prenatales, donde solo el 13.5% de las pacientes se realizaron más de 4 controles prenatales, porcentaje que es dos veces inferiores al reportado por los indicadores básicos de salud.¹⁴



En relación a la vía de nacimiento en este estudio realizado el 72.1% de la población estudiada fue vía cesárea y el restante 27.9% vía vaginal difiriendo de los resultados reflejados en dos estudios realizados durante el año 2004 en el Hospital Fernando Vélez Páiz, por el Ministerio de Salud con el GIRMMACO en donde la principal vía de nacimiento fue vaginal con 87%. Así como también difiere de los indicadores básicos de salud reportados para la RAAN en el 2008 ya que el porcentaje reportado es tres veces inferior a el resultado de este estudio, lo cual se puede deber a que la población en este estudio es específica y de alto riesgo.^{14, 15}

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado entre septiembre 2002 a Enero 2003 en el HEODRA donde se compara la prevalencia del síndrome hipertensivo gestacional en sus diferentes clasificaciones en las pacientes menores de 20 años y en las pacientes añosas dando como resultado que dicha patología prevaleció más en las menores de 20 años lo que coincide con este estudio ya que el síndrome hipertensivo gestacional fue la complicación que se manifestó con mayor frecuencia con el 46.1% .⁵



CONCLUSIONES

1. Las principales características demográficas de las pacientes fueron edad entre 20 a 35 años, procedencia urbana, estado civil soltera, escolaridad secundaria y amas de casa.
2. Con relación a los antecedentes obstétricos la mayoría de las pacientes eran bigesta, con menos de 4 CPN, embarazo a término, parto vía cesárea, y la mayoría de ellas egresaron vivas.
3. Los principales antecedentes patológicos fueron hipertensión arterial, obesidad y sepsis urinaria.
4. La complicación obstétrica que predominó fue el síndrome hipertensivo gestacional, seguida de la RPM y trabajo de parto detenido.
5. Relacionando la frecuencia de las complicaciones obstétricas con los grupos étnicos la preeclampsia moderada y la RPM fueron las más frecuentes en las embarazadas adolescentes y las de 20 - 35 años a diferencia de las embarazadas añosas donde fue más frecuente la preeclampsia grave, seguida de la preeclampsia moderada.



RECOMENDACIONES

1. Promover el control prenatal y captación temprana en unidades de atención primaria además de seguimiento periódico de las embarazadas implementando mejoras en la calidad de los controles prenatales para detectar factores de riesgo que pudieran desencadenar una complicación obstétrica haciendo de conocimiento a cada mujer la presencia de ellos en su embarazo.
2. Implementar talleres y capacitaciones sobre normas y protocolos para la realización de un diagnóstico acertado y un manejo adecuado, dando cumplimiento a estos protocolos.
3. Dar a conocer a la dirección y a todo el personal de salud incluyendo atención primaria, los resultados obtenidos en este estudio, para lograr un consenso en el cumplimiento de las captaciones para el CPN y hacer monitoreo de evaluación de forma sistemática, para la detección precoz de los factores de riesgo que predispongan a las complicaciones obstétricas.
4. Considerar el porcentaje de embarazos en adolescentes revelado en este estudio y tomar medidas educacionales en el tema de planificación familiar a través del componente salud y sexualidad en su formación diaria y mediante el uso de los distintos medios de comunicación.
5. Mejorar el registro en los expedientes clínicos.



REFERENCIAS

1. Magda P.M.D. ANTECEDENTES. Maternidad Saludable. OPS. Colombia. 1998. Sección 2; Pág. 1-2. File disponible en: [http://www. CD. OPS. OMS.org/ familia/ Maternidad Saludable/ Antecedentes htm](http://www.CD.OPS.OMS.org/familia/MaternidadSaludable/Antecedentes.htm).
2. Suárez M. E. Mortalidad materna, problemas de los pobres. Bolsa médica. 1999; 13-29.
3. Fajardo J. Manejo Obstétrico y complicaciones de las pacientes embarazadas hipertensas en la sala de ARO II del Hospital Bertha Calderón Rugama, en el período de Septiembre a Diciembre 2000. Tesis para optar al IV año de la Residencia de Ginecología UNAN. MANAGUA.
4. Amador M. Hernández M. Protocolo de las patologías más frecuentes en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Fernando Vélez Páiz, septiembre del 2001.
5. Cerda M. Manejo activo del tercer período del parto versus manejo expectante del mismo en mujeres atendidas en el servicio de labor y parto del HEODRA León, entre septiembre del 2002 y enero 2003.
6. Maturana C. 28 de Mayo Día internacional de acción por la salud de la mujer. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). 2003; Pág.1-4 File disponible en: [http://www. OMS. Cartilla 28 de Mayo. Htm](http://www.OMS.Cartilla28deMayo.Htm).
7. Gary Cunningham F. Gant F. Leveno Kenneth J. Williams Obstetricia. 21^{va} Edición. Editorial Panamericana. 2003. Página 509.
8. Ministerio de Salud de Nicaragua. Evaluación del manejo activo del tercer período del parto y la hemorragia post parto. Hospital Fernando Vélez Páiz. Primera fase, proyecto GHIRMMAHP. Del 16-31 de Agosto 2003



9. Trujillo, M. Manejo de las pacientes con Preeclampsia en el servicio de ARO II del HEODRA en el periodo comprendido de Octubre 2003-Octubre 2004, págs. 1-21. Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSAL. 2005.
11. Schwarcz R. y col. Obstetricia. Editorial El Ateneo; Cap.9: Enfermedades inducidas por el embarazo o que lo complican. Sexta. Edición. 2005: 301-314.
12. Campbell-White A. Reproductive health: The Missing Millennium Development Goal. Poverty, health, and development in a changing world. Herdon, VA, USA: The World Bank. 2006.
13. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. "Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico". 015 MINSAL/ UNICEF. Managua, sept. 2003.
14. Ministerio de Salud de Nicaragua. Evaluación de las complicaciones obstétricas. Hospital Fernando Vélez Páiz segunda fase, proyecto GHIRMMACO. Noviembre a Diciembre 2003.
15. MINSAL. Normas y Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Ministerio de salud. Velásquez Aurora, Beteta López Wilmer, Contreras O Leonardo, Morales Alma Fabiola 2006. Diciembre.
16. Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN)-MINSAL. Boletín epidemiológico semana N° 33, 2008.



17. Ramos S, Romero M. y cols. Mortalidad Materna en la Argentina: Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas. Centro de estudios de Estado y Sociedad. Seminario II – Junio 2009. Páginas 2-60.

18. Pautas generales para la Organización y Normatización de Atención a la Emergencia Obstétrica. Dirección Atención Integral Mujer, Niñez y Adolescencia, Dirección General Servicios de Salud, MINSA 2010.



ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN LOS PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NUEVO AMANECER NANCY BACH, PUERTO CABEZAS EN ENERO-DICIEMBRE DEL 2012

PERFIL DEL PACIENTE:

1. **Expediente:** _____
2. **Edad:** _____
3. **Estado civil:**
 - a) Soltera: _____
 - b) Casada: _____
 - c) Acompañada: _____
4. **Escolaridad**
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Universidad
5. **Ocupación:**
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Comerciante
 - d) Otra
6. **Procedencia**
 - a) Rural: _____
 - b) Urbano: _____

HISTORIA OBSTETRICA Y ANTECEDENTES MATERNO

1. **Gestas**
 - a) Primigesta: _____
 - b) Bigesta: _____
 - c) Trigesta: _____
 - d) Multigesta: _____
 - e) Granmultigesta _____

2. Antecedentes patológicos personales

- a) Hipertensión arterial crónica: ____
- b) Diabetes mellitus: ____
- c) Sepsis urinaria: ____
- d) Preeclampsia: ____
- e) Obesidad y Otras: ____
- f) Ninguna ____

3. Edad gestacional: _____

4. Diagnóstico de complicaciones obstétricas:

5. Vía de interrupción del embarazo

- a) Vaginal: ____
- b) Cesárea: ____

6. Destino de la gestante

- a) Egreso: ____
- b) Traslado a unidad de mayor resolución: ____
- c) Fallecimiento: ____