

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS-LEÓN
CARRERA DE MEDICINA**



TESIS

**Para optar al título de
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES INGRESADAS EN EL
HOSPITAL PRIMARIO ESTEBAN JAENZ SERRANO, BONANZA, RAAN,
DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.**

Autores: Kenia Walkiria Tinoco Talavera
Milton Elí Torrez Dormus

Tutor: Dr. Juan Ramón López
Gineco-Obstetra

Asesor: Dr. Francisco Ramón Tercero Madriz, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, octubre del 2013

DEDICATORIA

A nuestros hijos Caleb Noel y Elí Zahir los más grandes y maravillosos regalos de Dios, la bendición del cielo que se manifestó en una nueva vida, trayendo a nuestras vidas ilusión y mucha dicha; a ustedes dedicamos este estudio, porque son nuestros tesoros, las perlas de gran precio, la alegría cada día, esa chispa que nos mueve, esos lindos angelitos que Dios nos ha confiado.

AGRADECIMIENTOS

Primero a ti nuestro Dios, el profundo, humilde y sincero agradecimiento, pues de ti depende todo lo que hay y todo cuanto existe, de ti procede la sabiduría y la inteligencia, de ti recibimos el sustento, la fuerza para cada día, gracias Señor por escogernos y llamarnos a un propósito elevado , a un lugar al cual quieres llevarnos.

A nuestros padres quienes depositaron confianza en nosotros, los cuales día a día con esfuerzo inquebrantable nos brindaron el amor, la educación, el sustento y la dedicación necesaria para el desarrollo de nuestro carácter.

A ti, Noel Gutiérrez, mi amado esposo y amigo incondicional, gracias por tu apoyo y comprensión en cada etapa de mi carrera y vida, te amo.

A ti Glesy González mi amada esposa, la luz de mis ojos, por tu comprensión, tu compañía, gracias por cada beso, cada gesto, palabra y abrazo fueron y serán el motivo y causa de todas mis victorias.

Al Dr. Juan Ramón López por creer en nosotros, brindarnos la orientación, los aportes, las pacientes revisiones y la experiencia acumulada en intensos años de trabajo.

De manera muy especial al Dr. Francisco Tercero quien brindo la asesoría metodológica con mucho esmero y dedicación más allá de este estudio, como docente y como amigo en el transcurso de estos años de formación académica.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir el comportamiento de las complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a diciembre del 2012.

El diseño fue descriptivo de serie de casos. La población fue el total de pacientes embarazadas que ingresaron al Hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, por complicación obstétrica durante la segunda mitad, parto y puerperio inmediato del embarazo. Se excluyeron las embarazadas que no recibieron atención en el hospital, con expedientes extraviado y paciente con complicaciones obstétricas durante la primera mitad del embarazo. La fuente de información fue secundaria a través del expediente clínico. Se usó el software SPSS. Se solicitó permiso a la dirección del hospital para el acceso de los expedientes clínicos y se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

Más de la mitad eran adolescentes, urbanas, con baja escolaridad y estado civil casada o acompañada. Además, un número considerable tenía sepsis urinaria y consumía café. El 60.8% tenía un periodo inter genésico corto y la mayoría de pacientes eran nulípara, con menos de 4 CPN y embarazo a término. El porcentaje de aborto y cesárea previo fue de 9.5% y 4.2%, respectivamente. El 3.7% de los partos fue inducido. El índice de cesárea fue de 29.5% y las principales indicaciones fueron síndrome hipertensivo gestacional, inducción fallida y distocia de presentación. Las principales complicaciones obstétricas reportadas fueron: síndrome hipertensivo gestacional, amenaza de parto pretérmino y hemorragia posparto, respectivamente. No hubieron muertes maternas.

Se recomienda aumentar la captación al control prenatal y promover el uso de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo en adolescentes.

Palabras claves: *complicaciones obstétricas, cesárea, manejo hospitalario.*

INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLÓGICO	17
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	33

- Ficha de recolección de datos

INTRODUCCIÓN

Cada año, aproximadamente 500,000 mujeres mueren por complicaciones del embarazo y el parto, y más de 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo.¹ De todas las estadísticas de salud monitoreadas, la razón de mortalidad materna es la que muestra la mayor diferencia entre países desarrollados y países en desarrollo. Estas cifras varían de más de 1,000 por cada 100,000 nacidos vivos en algunos países africanos, a casi 500 en muchos países de Asia, entre 200-400 en varios países de América del Sur y menos de 10 en algunos países europeos.² En la región de las Américas, la mayoría de muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo.³

En África Oriental el riesgo de muerte materna llega a 1 de cada 11, en contraste con casi 1 en 5000 en Suecia y Noruega, lo que representa una diferencia de casi 500 veces.¹ Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de defunciones maternas y se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15% sufrirá una complicación.² Se estima que el tiempo promedio para que se produzca la muerte es de dos y doce horas respectivamente para la hemorragia post-parto y pre-parto, de dos días para la eclampsia, y de dos y seis días respectivamente para el parto obstruido (distocia) y la infección. Se ha definido siete categorías de complicaciones obstétricas directas de muerte materna que abarcan cerca del 85% de las muertes obstétricas directas, las cuales pueden ser tratadas con éxito y evitadas en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.⁴

Es importante recordar que las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino que cuando no se realiza un abordaje adecuado o se realiza de manera tardía las mujeres llegan a sufrir complicaciones muy graves que permite clasificarlas como “morbilidad materna severa” y como consecuencia de éstas pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente. Se estima que en la región de las Américas ocurren 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna registrada, de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes. Las muertes maternas y las complicaciones obstétricas muchas veces se asocian también a muertes perinatales.⁵

ANTECEDENTES

En Nicaragua, a pesar que en las últimas décadas la mortalidad materna y perinatal han sido identificados como uno de los principales problemas de salud pública, las acciones realizadas por el Ministerio de Salud no fueron muy eficaces para obtener un impacto que permitieran marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los ODM 4 y 5.^{6,7} La Razón de mortalidad materna se ha reducido de 150 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en el año 1990 a 59.7 / 100,000 nvr (nacidos vivos registrados) en el año 2009.

En el período 2000-2011 en Nicaragua, se registran 1,169 muertes maternas, concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua (9,7%). La mayoría de las muertes obstétricas en este mismo período (62,96%), ocurrieron en mujeres entre las edades de 20 a 34 años y un 17,54% ocurren en las edades de mayores a los 35 años; mientras que 18% se presentaron en adolescentes entre 15 a 19 años. Las principales causas de muerte obstétricas directas en el período descrito fueron debidas a: 482 Hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), 254 Síndrome Hipertensivo Gestacional (Preclampsia/Eclampsia) y 124 Sepsis Puerperales.⁵

Con respecto a la Tasa de Mortalidad Infantil en Nicaragua, según cifras de ENDESA 2006/07, ésta ha descendido de 39/1000 n.v.r. en 1998 a 29/1000 n.v.r. A pesar de esta reducción de la Mortalidad Infantil, no se ha observado igual descenso en la Mortalidad Neonatal, en la cual a pesar de la serie de intervenciones que se han venido realizando se presenta una tendencia estable de 17 en 1998; 16 en el 2001 y 16/1000 n.v.r. en la última ENDESA 2006/07. Según registros oficiales del MINSA, la Mortalidad Neonatal Precoz aporta en el año 2006 el 55.7 % a la Mortalidad Infantil y en el 2011 el 54.5 %. Las principales causas de muerte perinatal en Nicaragua están relacionadas a condicionantes de hipoxia y asfixia al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, e infecciones, dichas causas son vinculantes a la calidad de las Atenciones prenatales brindadas, así como al proceso de una adecuada vigilancia del trabajo de parto y la atención misma del parto.⁵

Algunos estudios nacionales e internacionales se presentan a continuación:

Durante el 2004 se realizó un estudio de casos y controles (30 casos y 278 controles) Hospital Nuevo Amanecer Enfermera Nancy de Bach de Puerto Cabezas. Se concluyó que el índice de cesáreas fue de 17.7% y las principales indicaciones fueron sufrimiento fetal agudo, toxemia, cesáreas anteriores, distocias de presentación y ruptura prematura de membranas. El índice de complicaciones fue de 12.3% y las principales complicaciones fueron hemorragias, adherencias y depresión del recién nacido. A través de un análisis de regresión logística se determinó que las cesáreas anteriores fueron el único factor de riesgo de las complicaciones tardías y la cesárea de urgencia fue un factor de riesgo fetal.⁸

Entre el 2006-2008 se realizó un estudio de casos y controles (201 casos y 310 controles) en HEODRA. En base un análisis crudo de los factores de riesgo de complicaciones trans y post-cesárea se encontró que los antecedentes patológicos personales, menos de 3 CPN, peso materno y periodo inter genésico inadecuado y cirugía de urgencia estuvieron asociados estadísticamente. Se presentaron como complicaciones trans-cesárea 3 casos de hemorragia y 2 de prolongación de la herida. Entre las complicaciones poscesárea predominaron: infección de vías urinarias (65 casos), sepsis de herida (49 casos), dehiscencia de herida (25 casos), anemia (22 casos), endometritis (6 casos) restos ovulares (3 casos) y una muerte materna.⁹

Entre el 2006-2008 se realizó un estudio de casos y controles (n=70 en cada grupo) para determinar los factores de riesgo relacionados a complicaciones materno-fetales en la adolescente embarazada en el Hospital Josef Aloysius Shendell Berfeld en Corinto. En base a un análisis crudo se determinó que los factores de riesgo significativos fueron: estado civil soltera, talla < 150 cm, enfermedades maternas, peso de los recién nacidos < 2,500 g y recién nacidos pretérmino. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: desproporción céfalo-pélvica, seguida de la hemorragia puerperal, la amenaza de aborto y la amenaza de parto prematuro y en el recién nacido fueron: circular de cordón, seguido de sufrimiento fetal agudo y Sepsis neonatal.¹⁰

En el HEODRA se realizó un estudio de corte transversal entre los meses de junio y septiembre del 2007, de 1,305 pacientes embarazadas se seleccionó una muestra de 473 mujeres embarazadas. La complicación obstétrica más significativa fue la rotura prematura de membranas en adolescentes y la hipertensión gestacional que ocurrió con mayor frecuencia en las adultas, pero la edad no constituyó un factor de riesgo de complicaciones obstétricas.¹¹

Entre el 2007-2008 se realizó un estudio de cohorte en embarazadas (a término vs. Postérmino, 92 en cada grupo) para identificar los factores de riesgo de las complicaciones maternas y perinatales ingresadas al Hospital César Amador Molina, Matagalpa. La mayoría tenían entre 20-34 años de edad, baja escolaridad y casadas. Las principales complicaciones en las embarazadas postérmino fueron los desgarros, mientras que en aquellas a término predominaron las hemorragias post parto. La principal complicación perinatal fue el sufrimiento fetal agudo. Los resultados de este estudio no proveyeron evidencia de que el embarazo postérmino es un factor de riesgo de las complicaciones maternas o perinatales, pero si la macrosomía se asoció a las complicaciones perinatales. Sin embargo, al reanalizar en base a la principal complicación materna y perinatal se probó la hipótesis de que el embarazo prolongado es un factor de riesgo del desgarro perineal; la macrosomía es el único factor de riesgo de las complicaciones perinatales y el porcentaje de riesgo atribuible fue de 85%.¹²

JUSTIFICACIÓN

Según cifras del MINSA para el período 2000-2011, el SILAIS que concentra la mayor mortalidad materna en Nicaragua es el SILAIS de la RAAN (15.3%).⁴ Por otro lado, además de las condiciones de pobreza, los otros indicadores de salud, relativos a la salud reproductiva se encuentran entre los peores del país: ¹³

- Índice razón de mortalidad maternidad: 175/100,000 nacidos vivos
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: 61.7% (Después de la RAAS, 50.9%)
- Porcentaje de embarazos con 4 consultas prenatales o mas: 34.3%.
- Tasa de partos institucionalizados: 42.0 %
- Tasa de cesárea: 21.5 % (Después de Matagalpa, 12.9%).
- Tasa global de fecundidad (Hijos por mujer): 4.4.
- Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes: 30.2%

Por lo tanto, este estudio realizado en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, en el municipio de Bonanza, RAAN, proveerá de información sobre el comportamiento de las principales complicaciones obstétricas, la cual puede proveer insumos que contribuyan a lograr el objetivo de desarrollo del milenio no. 5 y no. 4 que establece que el año 2015 se debe reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes y dos tercios⁶ respectivamente, similar a las metas planteadas por el MINSA. ⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio inmediato en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a diciembre del 2012?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir el comportamiento de las complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio inmediato en pacientes ingresadas en el hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a diciembre del 2012.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio-demográficas y gineco-obstétricas de la población.
2. Describir el manejo del parto de las pacientes.
3. Identificar los principales tipos de complicaciones maternas.
4. Identificar la condición de egreso materna.

MARCO TEÓRICO

Causas médicas de mortalidad materna en países en desarrollo¹⁴

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

Hemorragias graves

La hemorragia es la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. En los países del África subsahariana, donde los datos de más de un estudio están disponibles, la proporción de las muertes maternas por hemorragia posparto oscila entre 10% a 37%. La hemorragia posparto puede ser rápidamente fatal a menos que el tratamiento sea instituido sin demora, y las tasas de mortalidad se incrementan en zonas donde la anemia en el embarazo es muy alta. Las causas más frecuentes de hemorragia posparto son retención de placenta y atonía uterina. Las lesiones del tracto genital que ocurren durante el parto pueden exacerbar la hemorragia, pero no dan lugar a la muerte si no están presentes otras causas de sangrado.¹⁴

La hemorragia prenatal es menos común como causa de muerte materna, pero la incidencia es difícil de evaluar, especialmente en los países en desarrollo. Las causas más comunes son el desprendimiento de placenta o placenta previa. Mientras que la hemorragia posparto puede ser fatal muy rápidamente (intervalo promedio desde el inicio hasta muerte: 2 horas), hemorragia antes del parto es menos agudo (intervalo promedio desde el inicio hasta la muerte: 12 horas).¹⁴

Tabla 1 Definiciones operativas de las principales complicaciones obstétricas directas.¹⁵

Hemorragia
<i>Anteparto</i>
• Sangrado severo antes y durante el parto: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta.
<i>Postparto (cualquiera de los siguientes)</i>
• Sangrado que requiere tratamiento (por ejemplo, suministro de fluidos intravenosos, fármacos uterotónicos o sangre).
• Retención de placenta.
• Sangrado severo de laceraciones (vaginales o cervicales).
• Sangrado vaginal superior a 500 ml después del parto.
• Más de una toalla empapada en sangre en 5 minutos.
Parto prolongado u obstruido (distocia, anormal laboral) (cualquiera de los siguientes)
• Etapa prolongada de la primera etapa del trabajo de parto (> 12 h)
• Etapa prolongada de la segunda etapa del trabajo de parto (> 1 h)
• Desproporción céfalo-pélvica, incluyendo el útero con cicatrices
• Mala presentación: frente transversal o presentación de cara
Sepsis puerperal
• Una temperatura de 38 ° C o superior a más de 24 horas después del parto (con al menos dos lecturas, dado que el trabajo de parto puede causar algo de fiebre) y cualquiera de los siguientes signos y síntomas: dolor abdominal inferior, purulenta, descarga ofensiva vaginal (loquios), sensibilidad en el útero, útero no bien contraído, la historia de sangrado vaginal fuerte (Descartar malaria).
Complicaciones del aborto (espontáneo o inducido)
• Hemorragia debida al aborto que requiere resucitación con líquidos intravenosos, transfusión de sangre o uterotónicos.
• Sepsis por aborto (incluyendo perforación y absceso pélvico)
Preeclampsia grave y eclampsia
• La preeclampsia grave: presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg o proteinuria ≥ 3 después de 20 semanas de gestación. Varios signos y síntomas: dolor de cabeza, visión borrosa, hyperflexia, oliguria, dolor epigástrico, edema pulmonar.
• Eclampsia
• Convulsiones, presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg después de 20 semanas de gestación o proteinuria ≥ 2 . Los signos y síntomas de la preeclampsia grave puede estar presente.
El embarazo ectópico
• Hemorragia interna de un embarazo fuera del útero, dolor abdominal y shock posible de hemorragia interna; menstruaciones retrasadas o la prueba de embarazo positiva
Ruptura del útero
• La rotura uterina con antecedentes de trabajo de parto prolongado u obstruido cuando de pronto las contracciones uterinas detuvo. Abdomen dolorosa (dolor puede disminuir después de la rotura de útero). El paciente puede estar en shock interno de o sangrado vaginal

Infección

La sepsis puerperal sigue siendo una condición común. Conforme los informes de los estudios de África subsahariana donde hay datos disponibles, representa desde el 7.6% (datos de dos estudios realizados en Ghana) a 32.7% (datos de tres estudios en los Costa de Marfil) de las muertes maternas totales. Los factores predisponentes incluyen la cesárea y otros partos quirúrgicos, exámenes vaginales frecuentes, infecciones de transmisión sexual concurrentes, prolongada ruptura de las membranas, retención de productos de la concepción y hemorragia posparto.¹⁴

Aborto inseguro

El aborto inseguro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea por una persona que carece de las habilidades necesarias o en un ambiente que carece de las mínimas normas médicas o ambos. Aproximadamente una de cada ocho muertes maternas se estima que el resultado de un aborto inseguro. Una estimación global de la incidencia del aborto inseguro sugiere que aproximadamente 20 millones de abortos inseguros tienen lugar todos los años, casi el 90% tienen lugar en los países en desarrollo. Entre 10% y 50% de éstos necesitan médica atención. Las complicaciones típicas de abortos inseguros son sepsis, hemorragia, perforación uterina y las lesiones del tracto genital inferior.¹⁴

Pre-eclampsia y eclampsia

La preeclampsia se define como el desarrollo de hipertensión durante la gestación y proteinuria significativa después de 20 semanas de gestación, durante el parto o en las 48 horas después. La eclampsia comprende convulsiones que complican la hipertensión inducida por el embarazo antes del parto, durante el parto o después del parto, en ausencia de otras explicaciones neurológicas de las convulsiones. A nivel mundial, se estima que el 12% de todas las muertes maternas están relacionadas a estos trastornos hipertensivos del embarazo. En África subsahariana esta proporción varía del 3% en Uganda y el 23% en Mozambique.¹⁴

Parto obstruido

El parto obstruido puede ser causado por desproporción céfalo pélvica, paro transverso profundo, presentaciones anormales y en los casos más raros, anomalías fetales, gemelos y tumores pélvicos. En algunas partes del mundo donde la desnutrición, las enfermedades y el matrimonio precoz son comunes, el trabajo de parto obstruido se debe principalmente a desproporción cefalopélvica, y las mujeres de baja estatura y muy jóvenes están en mayor riesgo. En países de África subsahariana donde hay datos disponibles, la proporción de muertes maternas que es causada por la obstrucción del parto y / o ruptura del útero varía de 7.0% en África del Sur a 35.1% en Nigeria. La complicación más grave de obstrucción y el trabajo de parto prolongado son las fístulas vesico-vaginal o rectovaginal. Se ha estimado que entre el 1.5 y 2 millones de mujeres en el África subsahariana viven con tales fístulas y entre 50,000 y 100,000 nuevos casos de fístulas se desarrollan cada año con grave sufrimiento físico y psicológico como consecuencia.¹⁴

Prevención a través de mejoras el sistema de salud^{14, 16}

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

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

Hoestermann et al. encontraron que el 51% de las madres muertas en la unidad de maternidad de los principales hospitales de nivel terciario en Gambia estaban relacionados con los retrasos de la Fase 3. Del mismo modo, en Dar es Salaam, 72 de 93 muertes maternas en un hospital de referencia se relacionaron con la atención médica subóptimo.

El retraso de fase 3 influirá en el retraso de las otras dos fases. Si no esta disponible la atención adecuada, los pacientes no se molestarán en usar el tiempo y dinero para llegar a las instalaciones de salud que sabe que no serán capaces de ayudarles con su problema. La gente en general sabe muy bien que si un centro de salud cuenta con personal interesado y competente y con servicios clave disponibles. Incluso es poco ético para fomentar en las mujeres el buscar tratamiento para problemas relacionados con el embarazo si los servicios obstétricos no existen o no funcionan. En Tanzania, un estudio reciente encontró que el principal obstáculo para el uso de la atención obstétrica de calidad no era la ignorancia o la capacidad para llegar a las instalaciones de la madre. La calidad real de la atención y los servicios críticos provistos y la distribución desigual de personal cualificado entre las zonas urbanas y rurales fueron de mayor importancia.

El retraso de fase 2 es a menudo debido a la falta de transporte o mala calidad de las carreteras, que es un problema común en muchas áreas, especialmente en la temporada de lluvias. El desarrollo de un sistema de referencia y un sistema de transporte y de comunicación entre las zonas periféricas y las instalaciones en donde el tratamiento de emergencia se puede dar puede reducir significativamente la mortalidad materna. La demora de la Fase 1 se puede reducir a través de la educación comunitaria con información, dirigidos a las mujeres, así como a los hombres, sobre la importancia de la atención del embarazo y la necesidad de búsqueda de atención oportuna en casos de trabajo de parto prolongado.

Los datos históricos apoyan la afirmación de que la mejora en el cuidado de la salud es más importante en general que el desarrollo socioeconómico en la mortalidad materna. Por lo tanto, los datos de países como Sri Lanka, Cuba y China muestran que las intervenciones de salud incluida la mejora del acceso a la atención obstétrica de urgencia, fueron seguidas por un descenso de la mortalidad materna incluso sin grandes cambios socioeconómicos. Además, en un grupo de mujeres en los Estados Unidos que, por motivos religiosos rechazaron toda la atención médica durante el embarazo y el parto, se observó una tasa de mortalidad materna de 870 por 100,000 nacidos vivos. Por lo tanto, la falta de una buena atención médica es la principal causa de la persistencia de altas cifras de mortalidad materna en muchos países.

Enfoques en la reducción de la mortalidad materna¹⁷

Enfoque de riesgo:

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

- Se pasaba por alto la disponibilidad de atención a niveles más elevados del sistema. Los países con tasas elevadas de mortalidad materna casi siempre carecen de instalaciones y servicios de atención obstétrica de urgencia.
- Las parteras tradicionales, aunque hayan recibido capacitación, no tienen conocimientos para reconocer complicaciones porque, en general, son relativamente pocos los partos complicados que atienden durante su “carrera” y pueden carecer de autoridad para convencer a la familia de transferir a una parturienta a un hospital.¹⁷

La atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica:

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

- **Atención del parto por personal calificado:** La mayoría de las complicaciones obstétricas se producen durante el trabajo de parto y el propio parto. Es necesario que el personal sanitario calificado reconozca rápidamente las complicaciones que amenazan la vida e intervenga a tiempo para salvar la vida de la madre. El término “personal de salud calificado” se refiere exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras), con formación en las técnicas necesarias para atender partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas remitir a las pacientes a servicios de mayor capacidad.¹⁷

- **Atención obstétrica de urgencia (AOU):** abarca varias funciones fundamentales para salvar las vidas realizadas idealmente en un centro de atención médica, cuando está comenzando las complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es una respuesta médica a una situación potencialmente mortal y no es la normal para todos los partos. Esas funciones se dividen en 2 categorías: 1) la AOU básica (AOU-B) que puede prestarse en un centro de salud, por una enfermera, una comadrona o un médico, y 2) la AOU integral (AOU-I), que por lo general requiere las instalaciones de un hospital de distrito con sala de operaciones.¹⁷

El enfoque basado en la atención oportuna y con calidad de las urgencias obstétricas, funciona basándose en la suposición de que todas las mujeres embarazadas corren riesgo de sufrir complicaciones graves y, por consiguiente, centra la atención en mejorar el acceso, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de urgencia. El programa prioriza la preparación y la disponibilidad de establecimientos básicos e integrales de AOU, o reduce la "tercera demora" del "modelo de 3 demoras". Este enfoque es aplicado por el Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD) en asociación con organizaciones que ya realizan actividades sobre el terreno: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM), CARE, Save the Children, Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (RHR).¹⁷

Razones para priorizar las complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de defunciones maternas y se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15% sufrirá una complicación. Estas complicaciones ocurren en su mayor parte de forma súbita, sin que se pueda prevenir ni predecir, por lo que se preconiza la existencia de servicios de atención obstétrica de urgencia para salvar la vida de las mujeres. Se estima que el tiempo promedio para que se produzca la muerte es de dos y doce horas respectivamente para la hemorragia post-parto y pre-parto, de dos días para la eclampsia, y de dos y seis días respectivamente para el parto obstruido (distocia) y la infección. Se ha definido siete categorías de complicaciones obstétricas directas de muerte materna, que abarcan cerca del 85% de las muertes obstétricas directas, las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.¹⁸

Descripción de los indicadores de AOU¹⁷

Tabla 2 Indicadores de atención obstétrica de urgencia, con modificaciones.
(Los 6 primeros son originales y los 2 últimos son nuevos).¹⁷

Indicador	Nivel aceptable
1. La disponibilidad de atención obstétrica de urgencia: básico e integral.	Hay por lo menos cinco instalaciones de atención obstétrica de urgencia (incluyendo por lo menos una instalación completa) por cada 500 000 habitantes.
2. Distribución geográfica de los centros de atención obstétrica de urgencia.	Todas las áreas subnacionales tienen por lo menos cinco de instalaciones de atención obstétrica de urgencia (incluyendo al menos un centro integral) por cada 500 000 habitantes
3. Proporción de todos los nacimientos en centros de atención obstétrica de urgencia.	(Nivel mínimo aceptable para establecer a nivel local)
4. Necesidad satisfecha de atención obstétrica de urgencia: proporción de las mujeres con mayores complicaciones obstétricas directas que se tratan en esos centros.	100% de las mujeres estimadas a tener complicaciones obstétricas directas tratadas en centros de atención de obstétrica de emergencia.
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos.	La proporción estimada de nacimientos por cesárea en la población no es menor de 5% o mayor de 15%.
6. Tasa de letalidad obstétricas directas.	La tasa de letalidad entre mujeres con complicaciones obstétricas directas en centros de atención obstétrica de urgencia es menor de 1%.
7. Tasa de mortalidad intraparto y neonatal muy temprana.*	Estándar por determinar.
8. Proporción de muertes maternas debidas a causas indirectas en los centros de atención obstétrica de urgencia.*	Ninguna norma puede establecerse.

Estos indicadores deberían ser calculados también con datos de todos los centros en el área, si es posible.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de serie de casos.

Área de estudio: Hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, durante enero a diciembre del 2012.

Población de estudio: Fue el total de pacientes embarazadas que fueron ingresadas al Hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, que presentaron algún tipo de complicación obstétrica durante la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio inmediato. Los diagnósticos fueron clasificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).¹⁹

Criterios de exclusión: Embarazadas que no recibieron atención en el hospital de estudio o aquellas pacientes cuyo expediente estuviera extraviado al momento de la recolección de datos. Pacientes con complicaciones obstétricas durante la primera mitad del embarazo.

Recolección de la información:

Se solicitó autorización al director del hospital para tener acceso a las estadísticas. La fuente de información fue secundaria a través del expediente clínico. Inicialmente se identificaron todas las pacientes embarazadas atendidas en el hospital y luego se seleccionaron aquellas que presentaron complicaciones obstétricas y luego procedimos al llenado de la ficha de recolección de datos (Ver anexo).

Análisis

Se usó el software SPSS versión 18.0. El análisis descriptivo se basó en razones, porcentajes, promedio, mediana, rango y desviación estándar. Se calculó la estancia hospitalaria, la distribución proporcional de complicaciones y de la tasa de cesárea.

Aspectos éticos

Se solicitó permiso a la dirección del hospital para el acceso de los expedientes y de otras estadísticas. Además, se asegurará el anonimato y confidencialidad de la información. Los datos fueron obtenidos para sugerir acciones de prevención y control de las complicaciones obstétricas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Edad	Años cumplidos de una persona, desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	< 20 20 a 34 ≥ 35
Procedencia	Lugar donde actualmente vive una persona	Rural Urbana
Escolaridad	Se considerará baja una escolaridad primaria o ninguna, y alta secundaria o superior.	Baja Alta
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.:	Soltera Acompañada/casada
Antecedentes patológicos maternos		Hipertensión Sind. hipertensivo gestac. Diabetes Anemia Sepsis urinaria Otros
Intervalo inter genésico	Duración en meses entre el anterior embarazo y el actual.	Se especificará
Controles prenatales	Número de controles prenatales realizados durante su embarazo.	Ninguno 1-3 ≥ 4
Edad gestacional	Tiempo en semanas desde la fecha de última regla y el nacimiento.	< 37 37-41 ≥ 42
Antecedentes obstétricos	Historia previa de la paciente relacionado al número de gestas, abortos, partos y resultado del embarazo previo.	Gestas previas Abortos Partos vaginales Cesárea Nacidos muertos

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Inicio del trabajo de parto	Clasificación del parto según el comienzo del parto. Parto espontáneo: cuando no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión. Parto inducido: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.	Espontáneo Inducido-estimulado
Indicación de cesárea	Causa por la que se realiza el procedimiento quirúrgico.	Sínd. hipertensivo gestacional Distosia Sufrimiento fetal agudo Inducción fallida Otros
Vía del parto	Vía por la cual ocurre el nacimiento.	Vaginal Cesárea
Tipo de cesárea	Es el momento en que se toma la decisión para realizarla.	Electiva Urgencia
Complicación materna	Alteraciones o modificaciones del estado de salud materno.	Amenaza de parto pretérmino Sínd. hipertensivo gestacional Hemorragia posparto Parto pretérmino Otros
Egreso materno	Condición materna o conducta médica al momento del alta.	Viva Muerta
Causa de muerte materna	Clasificación de la muerte materna según la CIE-10. ¹⁹	Se especificará

RESULTADOS

Durante enero a diciembre del 2012 se registraron 190 complicaciones obstétricas en pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN. Las principales características socio-demográficas fueron las siguientes: edad menor de 20 años (51.1%), procedencia urbana (56.3%), baja escolaridad (74.2%) y estado civil casada o acompañada (Cuadro 1). El promedio de edad fue de 22.5 ± 8.7 años, la mediana de 19 años y el rango de 11 años y 51 años.

Cuadro 1 Características socio-demográficas de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN, 2012.

Características generales	Total (n=190)	
	No.	%
Edad (años):		
< 20	97	51.1
20-34	66	34.7
≥ 35	27	14.2
Procedencia:		
Urbano	107	56.3
Rural	83	43.7
Escolaridad:		
Baja	141	74.2
Alta	49	25.8
Estado civil:		
Soltera	20	10.5
Casada/acompañada	170	89.5

El 85.8% de pacientes no tenía antecedentes patológicos, pero las principales enfermedades reportadas fueron: sepsis urinaria (11.6%), anemia (1.6%) y diabetes mellitus (1.0%). Los principales hábitos no saludables de las pacientes fueron: café (17.9%), fumado (6.3%), actividad sexual durante el embarazo (1.6%) y consumo de alcohol solamente en una paciente. De las 102 pacientes que manifestaron tener algún parto previo, el periodo inter genésico corto menor a 24 meses fue reportado en el 60.8% y en el resto fue de 24 meses o más. Los resultados de embarazos previos no aplicaba en el 40.5%, pero en el 56.3% había nacido vivo el bebé y 3.2% finalizado en aborto (Cuadro 2). El promedio del periodo inter genésico fue de 23.9 ± 10.7 meses, la mediana de 22 meses y el rango de 7 a 65 meses.

Cuadro 2 Antecedentes de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN, 2012.

Antecedentes	No.	%
Antecedentes patológicos (n=190):*		
Sepsis urinaria	22	11.6
Anemia	3	1.6
Diabetes mellitus	2	1.0
Otras	2	1.1
Ninguno	163	85.8
Hábitos no saludables (n=190):*		
Café	34	17.9
Fumado	12	6.3
Alcohol	1	0.5
Actividad sexual al final del embarazo	3	1.6
Ninguno	140	73.7
Periodo ínter genésico (102):		
< 24	62	60.8
≥ 24	40	39.2
Resultado del embarazo previo (n=190):		
Aborto	6	3.2
Nacido vivo	107	56.3
No aplica	77	40.5

* Pueden haber más de un antecedente por paciente.

Las principales características gineco-obstétricas fueron las siguientes: nulípara (46.3%), aborto (9.5%), cesáreas previas (4.2%), menos de 4 CPN (83.7%) y embarazos a termino (89.8%) (Cuadro 3).

Cuadro 3 Características gineco-obstétricas de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN, 2012.

Datos gineco-obstétricos	No.	%
Paridad (n=190):		
Nulípara	88	46.3
Primípara	39	20.5
Bípara	23	12.1
Múltipara	32	16.8
Gran múltipara	8	4.2
Aborto (n=190):		
0	172	90.5
1	16	8.4
2	2	1.1
Cesárea (n=190):		
0	182	95.8
1	8	4.2
Edad gestacional (semanas) (n=128):		
< 37	11	8.6
37-41	115	89.8
≥ 42	2	1.5
Control prenatal (n=190):		
Ninguno	41	21.6
1-3	118	62.1
≥ 4	31	16.3

El 64.7% de pacientes iniciaron el trabajo de parto de forma espontánea, y solamente 3.7% fue inducido. Las principales indicaciones de la inducción fueron: embarazo prolongado (3 casos), ruptura prematura de membranas (3 casos) y preclampsia (1 caso). La mayoría de pacientes tuvieron una duración de trabajo de parto entre 4-9 horas (40.6%). El 96.1% tuvo presentación cefálica y 3.9% pélvico. La frecuencia de desgarros y de la presencia de liquido amniótico meconial fue de 23.6% y 67.2%, respectivamente (Cuadro 4).

Cuadro 4 Datos del parto de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN, 2012.

Datos del parto	No.	%
Inicio del trabajo de parto (n=190):		
Espontáneo	123	64.7
Inducido	7	3.7
No aplica	60	31.6
Duración del trabajo de parto (n=128):		
< 4	31	24.2
4-9	52	40.6
Sin dato	45	35.2
Presentación (n=128):		
Cefálico	123	96.1
Pélvico	5	3.9
Desgarro (n=72):		
Si	17	23.6
No	55	76.4
Presencia de liquido amniotico (n=128):		
Si	86	67.2
No	42	32.8

Del total de pacientes, solamente 128 finalizaron su parto, principalmente por vía vaginal (37.9%), cesárea electiva (1.6%) y cesárea de urgencia 27.9%. El 32.6% fueron dadas de alta sin finalizar su embarazo. La anestesia general y regional fue administrada en el 32.1% y 67.9% de las cesáreas, respectivamente. Las principales indicaciones de cesáreas fueron: síndrome hipertensivo gestacional (85.7%), seguido por inducción fallida (8.9%) y distosia de presentación (7.2%) (Cuadro 5).

El promedio de estancia fue de 2.9 ± 1.7 días, la mediana de 3 y el rango de 1 a 14 días.

Cuadro 5 Datos del parto de pacientes ingresadas en el Hospital
Primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, 2012.

Datos del parto	No.	%
Modo de terminación del parto (n=190):		
Espontáneo	72	37.9
Cesárea electiva	3	1.6
Cesárea de urgencia	53	27.9
No aplica	62	32.6
Indicación de cesárea (n=56):*		
Preeclampsia moderada	3	5.4
Preeclampsia severa	34	60.7
Eclampsia	11	19.6
Inducción fallida	5	8.9
Distosia de presentación (pélvico)	4	7.2
Sufrimiento fetal agudo	1	1.8
Corioamnionitis	1	1.8
Tipo de anestesia (n=56):		
General	18	32.1
Regional	38	67.9

* Pueden haber más de una indicación por paciente.

Las principales complicaciones obstétricas reportadas fueron: síndrome hipertensivo gestacional (35.8%), amenaza de parto pretérmino (31.6%) y hemorragia posparto (25.8%) (Cuadro 6). Se observó que las complicaciones con mayor porcentaje en las pacientes adolescentes fueron la amenaza de parto prematuro y síndrome hipertensivo gestacional con 42% y 40%, respectivamente. Similar porcentaje también fue observado en pacientes nulíparas o primíparas. Por otro lado, en las pacientes añosas o con multiparidad la frecuencia de hemorragia posparto fue de 54% y 46%, respectivamente. Todas las pacientes egresaron vivas ya que no se registró ninguna muerte materna.

Cuadro 6 Complicaciones obstétricas de pacientes ingresadas en el Hospital Primario Esteban Jaenz Serrano, Bonanza, RAAN, 2012.

Complicaciones obstétricas*	No.	% (n=190)
Amenaza de parto pretérmino	60	31.6
Síndrome hipertensivo gestacional:	68	35.8
➤ Preeclampsia moderada	18	9.5
➤ Preeclampsia severa	39	20.5
➤ Eclampsia	11	5.8
Hemorragia posparto:	49	25.8
➤ Retención placentaria	20	10.5
➤ Atonía e hipotonía uterina	18	9.5
➤ Por desgarros	17	8.9
➤ No especificado	3	1.6
Parto pretermino	8	4.2
Otras	8	4.2

* Pueden haber más de un antecedente por paciente.

DISCUSIÓN

Al comparar algunos indicadores de salud de este estudio en el Hospital de Bonanza con los del SILAIS de la RAAN,¹³ se determinó que el porcentaje embarazadas con 4 consultas prenatales fue mucho menor, casi la mitad, (34.3% vs. 16.3%). La tasa de cesárea fue mayor en este estudio (21.5 % vs. 29.5%) y también el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes también fue mayor (51% vs. 30.2%). El reducido número de CPN puede ser un factor contribuyente de la alta frecuencia de complicaciones, por otro lado, el aumento en la tasa de cesárea de pueda deber a que la población específica es una población especial con complicaciones, y por lo tanto con mayor probabilidad de finalizar su embarazo por esta vía. Las cifras tan elevadas de embarazo en adolescentes pueden atribuirse al desconocimiento o falta de promoción de medios de planificación familiar por parte de las unidades de salud, además, puede deberse a factores socioeconómicos y culturales, especialmente en la zona de estudio que tiene los peores indicadores de salud materna e infantil. La literatura reporta suficiente evidencia de que el embarazo durante la adolescencia se asocia a una frecuencia elevada de resultados adversos tanto para ella como para su bebe, por ejemplo, incrementa la probabilidad de complicaciones obstétricas en la madre, la mortalidad perinatal y de bajo peso, con riesgos a largo plazo.

En la población estudiada se observaron características consideradas como alto riesgo obstétrico como: adolescentes o añosas, baja escolaridad, procedencia rural, período inter genésico menor de 24 meses, menos de 4 controles prenatales, nuliparidad, consumo de café, fumado y sepsis urinaria. Algunos de estos factores como las edades extremas, nuliparidad, sepsis urinaria y bajo nivel socioeconómico son considerados factores de riesgo del síndrome hipertensivo gestacional.⁵

La OMS ha estimado que el 85% de las muertes obstétricas directas se agrupan en siete categorías de complicaciones obstétricas, las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.¹⁸ En este estudio, aproximadamente el 62% de las complicaciones se debieron a síndrome hipertensivo gestacional y a la hemorragia posparto, las cuales están incluidas dentro de las siete categorías de complicaciones obstétricas citadas por la OMS.

No obstante, se observaron diferencias con otros estudios nacionales, por ejemplo, en el HEODRA en el 2007 las principales complicaciones obstétricas fueron la rotura prematura de membranas y la hipertensión gestacional.¹¹ Entre el 2006-2008 en el Hospital de Corinto las complicaciones maternas más frecuentes fueron desproporción céfalo-pélvica, hemorragia puerperal, amenaza de aborto y parto prematuro.¹⁰

En este estudio las pacientes nulípara y adolescentes tuvieron los mayores porcentajes de síndrome hipertensivo gestacional y de amenaza de parto pretérmino, mientras que las pacientes añosas y con multiparidad tuvieron un mayor porcentaje de hemorragia postparto que su par adolescente o nulípara. Este patrón es similar al reportado por la literatura consultada.

Según el MINSA, en Nicaragua las principales causas de muerte obstétricas directas se debieron principalmente a hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), seguido por síndrome hipertensivo gestacional (Preclampsia/Eclampsia) y sepsis puerperales, en una razón de 4:2:1, respectivamente.⁵ En Latinoamérica la hemorragia posparto es la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva gestacional. En este estudio hubo un ligero predominio del síndrome hipertensivo gestacional sobre la hemorragia postparto y los principales factores etiológicos fueron retención placentaria, alteraciones del tono uterino y traumas que generaron desgarros. Estos factores etiológicos son similares a los reportados por la literatura.

Las principales indicaciones de las cesáreas fueron preclampsia/eclampsia, inducción fallida y distocia de presentación. Estos hallazgos difieren de lo reportado en Hospital Nuevo Amanecer Enfermera Nancy de Bach de Puerto Cabezas en donde las principales indicaciones fueron sufrimiento fetal agudo, toxemia, cesáreas anteriores, distocias de presentación y ruptura prematura de membranas.⁸

Un hallazgo importante fue no se reportó ninguna muerte materna de las pacientes que presentaron estas complicaciones, una explicación a este hallazgo puede ser el tratamiento oportuno y manejo adecuado de estas pacientes en el Hospital primario Esteban Jáenz Serrano, Bonanza, RAAN, ya que existe evidencia de que las complicaciones obstétricas directas pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.¹⁸

Sin embargo, la baja cobertura y número reducido de CPN representa una preocupación importante ya que las pacientes pierden la oportunidad de recibir educación y consejería relacionadas al cuidado del embarazo, al tratamiento institucional del parto, detección y manejo de las complicaciones. Estos hallazgos, deben ser tomados en cuenta por las autoridades de salud para seguir promoviendo la calidad de atención del Hospital primario Esteban Jáenz Serrano, así como promover más el uso de control prenatal, así como la planificación familiar dado la elevada tasa de embarazo en adolescentes que supera el promedio del SILAS de la RAAN.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes eran adolescentes, urbanas, con baja escolaridad y estado civil casada o acompañada. Además, un número considerable tenía sepsis urinaria y consumía café.

El 60.8% de las pacientes tenían un periodo inter genésico corto y la mayoría de pacientes eran nulípara, con menos de 4 CPN y embarazo a término. El porcentaje de aborto y cesárea previo fue de 9.5% y 4.2%, respectivamente.

Solamente el 7% de los parto fue inducido, principalmente por embarazo prolongado y ruptura prematura de membranas. El índice de cesárea fue de 29.5% y las principales indicaciones fueron síndrome hipertensivo gestacional, inducción fallida y distocia de presentación.

Las principales complicaciones obstétricas reportadas fueron: síndrome hipertensivo gestacional, amenaza de parto pretérmino y hemorragia posparto, respectivamente. Todas las pacientes egresaron vivas, siendo los primeros dos más frecuentes en pacientes jóvenes y la HPP más frecuente en pacientes añosas y multíparas.

RECOMENDACIONES

Al personal de atención primaria:

- Aumentar la captación de embarazadas al control prenatal y realizar seguimiento de las pacientes para que realicen el número de controles según normas y protocolos del MINSA, para promover hábitos y estilos de vida saludable, así como detectar y manejar oportunamente patologías durante el embarazo o complicaciones obstétricas.
- Promover el uso de métodos anticonceptivos especialmente en los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en esta edad y los efectos adversos relacionados.

Al SILAIS-MINAS:

- Capacitar al personal de salud de la zona acerca de diagnóstico y manejo de las principales complicaciones obstétricas.
- Aumentar el personal médico y de enfermería, así como auxiliares para cubrir los puestos de salud y fortalecer la ruta crítica de la unidad de salud.

A la UNAN (León y Managua):

Fortalecer la formación y capacitación de los estudiantes de medicina y enfermería, para enfrentar de forma adecuada las complicaciones obstétricas más frecuentes.

REFERENCIAS

1. WHO. World health report 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.
2. Maine, D. , et al. "Prevention of Maternal Deaths in developing Countries: Program Options and Practical Considerations". Documento presentado a la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos, Nairobi, 10 a 13 de febrero de 1987.
3. ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.
4. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries - practical guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/FHE/MSM/94.11).
5. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud./ Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua: MINSAL, 2013.
6. End Poverty 2015: Millennium Development Goals. [<http://www.un.org/millenniumgoals>]
7. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua: MINSAL. 2005.
8. Toruño MA, Quezada WY. Factores de riesgo en complicaciones por cesáreas, Hospital Nuevo Amanecer Enfermera Nancy de Bach de Puerto Cabezas en el periodo de enero a diciembre 2004. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2005.
9. Cruz OD. Factores de riesgo asociados a complicaciones trans y post- cesárea, en pacientes que ingresaron al servicio de gineco - obstetricia del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello agosto del 2006 a marzo del 2008. León: UNAN-León. Tesis (Especialista en Obstetricia y Ginecología). 2009.
10. Andrade HH, Borge JG. Factores de riesgo relacionados a complicaciones materno-fetales en la adolescente embarazada en el Hospital Josef Aloysius Shendell Berfeld - Corinto. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2010.
11. Altamirano RL, Almeida BA. Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2009.

12. Ruiz YM, Moreno LA. Factores de riesgo de las complicaciones maternas y perinatales en pacientes ingresadas al hospital César Amador Molina de Matagalpa, 2007-2008. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2009.
13. Ministerio de Salud. Indicadores Básicos de Salud 2008. Nicaragua.
14. Kvåle G, et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. *Norsk Epidemiologi* 2005; 15 (2): 141-149 141.
15. Ali M, et al. Emergency obstetric care in Pakistan: Potential for reduced maternal mortality through improved basic EmOC facilities, services, and access. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2005) 91, 105—112
16. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1091-110.
17. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD): Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook Geneva; World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD;2009.
18. ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.7
19. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem. Vo.1. Tenth revision. Geneva: World Health Organization. 1992.

ANEXOS

Datos del parto:

19. Inicio del trabajo de parto: a) Espontáneo b) Inducido
20. Causa de inducción del parto: _____
21. Presentación: a) Cefálico b) Pélvico
22. Modo de terminación del parto: a) Espontáneo b) Cesárea electiva
c) Cesárea de urgencia d) Cesárea intraparto
23. Desgarro: a) Si b) No
24. Duración del trabajo de parto (horas): _____
25. Presencia de líquido amniótico: a) Si b) No
26. Indicación de cesárea: _____
27. Tipo de anestesia: a) General b) Regional
28. Complicaciones materna: _____

EG DE EGRESO:

TIPO DE EGRESO: