

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
U.N.A.N. – LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**“Atención perinatal, vía del parto
y resultados maternos y neonatales en el HEODRA”**

11 de Septiembre a 02 de Noviembre de 2004

Estudio realizado en el contexto de la
“Encuesta Global de OMS sobre Salud Materna y Perinatal”

Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

REALIZADO POR:

Karen Eligia Herrera Centeno.

TUTORA:

Dra. Eliette Balladares Cardoza. PhD
Especialista en Ginecología y Obstetricia

León, Febrero de 2007.

RESUMEN

A pesar del aumento en la cobertura de partos institucionales en nuestro país se han incrementado las tasas de mortalidad lo que nos obliga a investigar qué está sucediendo. Por lo cual en la presente investigación se planteó el objetivo de determinar la vía del parto, la pertinencia de la indicación de partos abdominales y los resultados perinatales asociados en las pacientes atendidas en el HEODRA durante el periodo del 11 de septiembre al 2 de noviembre de 2004.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyo abordaje fue parte de un estudio multicéntrico que OMS impulsó en 57 países del mundo, y a nivel nacional en 8 instituciones de salud. La población de estudio fueron 1298 mujeres embarazadas las que acudieron al HEODRA en el periodo de estudio y de éstas se atendieron 1305 partos, tanto por vía vaginal como abdominal, 1292 partos únicos, 5 gemelares y 1 parto de trillizos.

Al analizar los resultados se puede resaltar que el 32% de las participantes eran adolescentes y el 88% habían cursado primaria incompleta. En cuanto a la paridad el 42% de las pacientes eran primigestas, todas estas características constituyen factores potenciales para complicaciones maternas y perinatales. El 10% de las mujeres tenían antecedentes de cesárea.

El 57% de éstas tuvieron más de 5 controles prenatales. La enfermedad más frecuente durante el embarazo con un 13% fueron los trastornos hipertensivos seguidos de 10% la ruptura prematura de membranas.

El 45% de los partos fueron atendidos por vía abdominal, el 42% de éstas tenían indicación selectiva. La indicación más frecuente de éstos fue el sufrimiento fetal agudo. El 62% de los neonatos nacidos por esta vía estuvieron ingresados en cuidados intensivos.

El 92% de los neonatos eran a término, el 98% tuvo un Apgar de 9 a los 5 minutos, sólo un 0.8% tuvieron presentación podálica. Se presentaron 8 óbitos y 3 muertes neonatales. El 8% de los neonatos presentaron bajo peso y 4% fueron macrosómicos. El 20% tuvo un perímetro cefálico menor de 33 cm. Un 0.8% presentó malformaciones congénitas.

El 60% de las participantes iniciaron la lactancia materna entre la 1era hora y las 24 horas de nacido.

Y con estos resultados podemos concluir que en el HEODRA:

1. Existe un elevado porcentaje de embarazos en adolescentes.
2. Se obtuvo una elevada tasa de partos por vía abdominal cuya principal indicación fue el sufrimiento fetal agudo; el 93% de los neonatos que nacieron por esta vía tuvieron un Apgar a los 5 minutos de 9. El 42% de las indicaciones fueron selectivas. Y el 62% de los neonatos que estuvieron en cuidados intensivos nacieron por cesárea.
3. No se presentaron complicaciones en el parto.
4. No se reportó ninguna muerte materna, la tasa de mortalidad fetal fue de 6 x 1000 nacidos vivos y la de mortalidad neonatal fue de 8 x 1000 nacidos vivos, las que han disminuido considerablemente.

Opinión del tutor

De acuerdo a OMS al menos una mujer muere cada minuto en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Entre los factores condicionantes de esto se cuentan factores biológicos y sociales; pero además factores de servicio que implican la atención de salud brindada a la mujer en su proceso reproductivo.

Tres cuartas partes de los partos en nuestra región se atienden en instituciones de salud, lo cual ha sido un logro pero sin embargo aún no se corresponde con la reducción de la mortalidad materna y perinatal que se esperaba. A lo interno de las instituciones de salud existen discrepancias entre la práctica clínica y la evidencia de efectividad en el área de salud materno-infantil, todavía muchos servicios conservan prácticas inútiles y hasta peligrosas, realizan número elevado de cesáreas y episiotomías que incrementan el riesgo, daño, incomodidad materna y aumentan los costos de atención. Peor aún, en muchas instituciones aún no se practican de manera rutinaria intervenciones sencillas, beneficiosas y de bajo costo, como el manejo activo del tercer período del parto.

La literatura mundial ha venido coincidiendo cada vez más en la importancia de la atención intraparto en relación a los resultados maternos y perinatales. El contar con servicios obstétricos adecuados y accesibles a nivel de las comunidades, centros de salud u hospitales; el contar con personal calificado para la atención del parto se ha asociado a una disminución en la mortalidad materna. Además, aunque muchas de las complicaciones obstétricas no pueden ser pronosticadas o prevenidas, sí pueden ser tratadas. Las instituciones de salud que atienden mujeres en su proceso reproductivo, deben contar con personal capacitado y normas de atención basadas en la evidencia clínica, por lo que deben desarrollarse protocolos de manejo fundamentados en aquellos procedimientos que aseguren los mejores resultados en medio de las limitaciones.

El presente trabajo, el cual pretende explorar la atención brindada intra-parto y los resultados maternos y perinatales, es sumamente importante para la búsqueda de evidencia clínica que sustente la decisión de nuestros procedimientos y que nos permita obtener con los medios a nuestro alcance una mejoría en los resultados maternos y perinatales.

Dra. Eliette Valladares
Tutora

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
MATERIAL Y MÉTODO	12
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

El embarazo a pesar de ser un estado fisiológico puede llegar a convertirse en un estado de riesgo por determinados padecimientos y situaciones para lo que la vigilancia eficaz permite identificar oportunamente cualquier indicio que amerite una intervención médica. ⁽⁶⁾

Cada año, de un estimado de 120 millones de embarazos que ocurren en el mundo:

- ✓ **Más de** medio millón de mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto;
- ✓ **Más de** 50 millones de mujeres sufren de enfermedades o discapacidades serias relacionadas con el embarazo;
- ✓ **Por lo menos** 1.2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto. ⁽¹³⁾

Para la mayoría de los países en desarrollo, la falta de información confiable y actualizada para planificar y evaluar acciones de salud, es uno de los mayores problemas que deben enfrentar los directores de programas, los profesionales dedicados a la práctica clínica y los responsables de políticas de salud del área materna y perinatal. ⁽⁶⁾

Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en desarrollo. El riesgo de morir es 30 veces mayor en las mujeres embarazadas que viven en regiones en desarrollo en comparación con las que viven en países desarrollados (1: 1687 vs. 1: 51). Las muertes se deben a causas obstétricas directas como hemorragia, sepsis, abortos inducidos e inseguros, hipertensión inducida por el embarazo y partos obstruidos⁽²⁵⁾.

Por cada mujer que muere, otras 30 sobreviven con algún tipo de complicación como anemia, infecundidad, dolor pélvico, incontinencia, y fístula obstétrica entre otras. ⁽²⁵⁾

De acuerdo a OPS la mayoría de los países declaran una cobertura institucional del parto mayor del 50%. Sin embargo, el aumento de partos institucionales no se ha correspondido con una reducción de la mortalidad materna y perinatal, como lo estima OMS que al menos una mujer muere cada minuto en el mundo por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. ⁽²⁴⁾

Según ENDESA 2001 en nuestro país el 61% de los partos son atendidos en una institución de salud y el 33% en casa lo que indica que un porcentaje de mujeres no acceden a los servicios por situaciones económicas, de acceso geográfico, culturales, educativas o por inadecuada atención en la red de primer nivel de atención. ⁽²⁵⁾

La tasa de mortalidad materna disminuyó 46% en los últimos quince años, pero solo 22% en la última década ⁽²⁵⁾

En el área de atención materna y perinatal, hay discrepancias reconocidas entre la evidencia de efectividad y la práctica clínica. Más aún, muy a menudo la atención de rutina no se basa en la evidencia y hay fuerte resistencia para abandonar procedimientos inútiles y peligrosos. Así se realizan cesáreas y episiotomías innecesarias que incrementan el riesgo, daño, incomodidad materna y costos de atención. En el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de Panamá, se realizó un estudio entre Septiembre de 1999 y Agosto de 2000, sobre el Riesgo vs. Beneficio de la episiotomía, donde se disminuyó al 50% esta práctica en las primíparas sin aumentarse el porcentaje de laceraciones mayores; argumento más que suficiente para justificar la eliminación del uso rutinario de la episiotomía y contrario a esto remarcar, que su uso revierte en mayor daño

perineal y con la subsecuente reparación del mismo. Lo que resalta lo importante que es que en muchas instituciones se practiquen intervenciones sencillas, beneficiosas y de bajo de costo, como el manejo activo de la tercera etapa del parto y apoyo durante el mismo. ^(6, 28)

Estudios recientes han reportado que todos los centros que ofrecen atención en salud, al estar bien equipados tanto con recursos humanos capacitados y recursos materiales adecuados para la atención obstétrica se ha asociado a una disminución en la mortalidad materna. Jowet en el año 2000, reportó que la atención prenatal y las intervenciones basadas en la comunidad pueden prevenir el 26% de las muertes maternas, y que puede evitarse un 48% adicional si se asegura el acceso a atención obstétrica de buena calidad, basada en la evidencia ⁽⁴⁾

El modelo de “los tres retrasos” define cuáles son los factores que influyen sobre el retraso en 1- la decisión de buscar atención obstétrica, 2- el ingreso de una mujer a la institución de salud y 3- en el tratamiento que recibe en dicha institución, se aplica en nuestro medio en el que la constante es la reducida disponibilidad de recursos humanos y materiales ya que en el sistema de salud, a pesar de que el binomio madre-hijo es prioridad es deficiente y no garantiza los medios necesarios para atender emergencias y un muestra de esto son las cesáreas por cesárea anterior que no es una indicación absoluta pero por no poseer el II nivel de atención la capacidad de atender una complicación de urgencia se ha hecho una indicación absoluta en nuestros hospitales. ⁽¹³⁾

En septiembre del año 2000, los miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio sobre Desarrollo, la cual incluye la meta de reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. La declaración identifica la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado como un

indicador para esta meta, con el objetivo de brindar los cuidados calificados durante el parto a todas las mujeres del mundo. ⁽²⁵⁾

Según datos del Ministerio de Salud el 51% de los partos en Occidente son institucionales, en el HEODRA la cobertura es de 52.7%. A pesar del aumento en la cobertura de partos institucionales en nuestro país no se ha producido la disminución esperada en la morbi-mortalidad materna y perinatal. ⁽²¹⁾

Por el contrario se han incrementado las tasas de mortalidad lo que nos obliga a investigar qué está sucediendo en las instituciones de salud en la atención perinatal, vía del parto y resultados maternos y neonatales para obtener evidencia clínica que sustente el impacto que podría tener la fuerte resistencia a abandonar procedimientos inútiles y peligrosos.

Por lo que en la presente investigación nos planteamos el siguiente problema: “Existe un incremento de partos por vía abdominal en el HEODRA, cuya indicación no siempre es pertinente y puede alterar los resultados perinatales”.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la vía del parto de las pacientes atendidas en el HEODRA durante el período de estudio, la pertinencia de la indicación de partos abdominales y los resultados perinatales asociados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características demográficas y antecedentes obstétricos de la población de estudio.
2. Identificar la proporción de las dos diferentes vías de parto y las principales indicaciones de cesárea.
3. Determinar la relación entre la vía del parto y los resultados maternos y neonatales.
4. Estimar las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal de la institución durante el periodo de estudio, y las complicaciones tales como laceraciones, desgarros, infecciones, dehiscencias de herida, etc asociadas a la vía del parto.

MARCO TEÓRICO

I. GENERALIDADES:

La atención calificada del parto e inmediatamente después puede tener una importancia decisiva en la prevención de las muertes y discapacidades maternas.
(13)

Personal calificado incluye a las parteras profesionales, enfermeros/as o médicos/as que han recibido capacitación para atender partos normales, reconocer complicaciones, manejar los casos que puedan y referir a las mujeres a niveles de atención médica más especializados si fuera necesario. (13)

Poco más de la mitad de las mujeres del mundo en desarrollo dan a luz con la ayuda de personal calificado. Esto significa que todos los años, ya sea por voluntad propia o por necesidad, 50 millones de mujeres en los países en desarrollo dan a luz asistidas sólo por un miembro de la familia, una partera tradicional¹ o sin asistencia alguna. En los países desarrollados, donde ocurre sólo una fracción de las muertes maternas (sólo 1% del total mundial), la atención calificada del parto es casi universal. (13)

La grave escasez de personal calificado es común en los países en desarrollo. Como meta general, se recomienda disponer de por lo menos una persona calificada por cada 200 nacimientos anuales, pero algunos países en desarrollo tienen solamente una persona calificada por cada 15 000 nacimientos. La escasez es particularmente grave en las zonas rurales, debido a que los profesionales de la salud están frecuentemente concentrados en las ciudades. (13)

Por otra parte, los trabajadores de la salud pueden carecer de las destrezas necesarias para salvar la vida de las mujeres que presentan complicaciones graves. Los currículos de formación empleados para capacitar en la atención profesional del parto a menudo están obsoletos y no reflejan los nuevos hallazgos

de la investigación sobre los tratamientos más efectivos. Las instalaciones de salud padecen carencias crónicas de equipamientos, medicamentos y suministros básicos y los servicios a menudo son insensibles a las normas culturales y sociales. ⁽¹³⁾

II. GLOSARIO:

Nacido vivo:

Expulsión o extracción completa fuera del cuerpo de la madre, independientemente de la edad gestacional, de un producto de la concepción con signos vitales, tales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical. ⁽³⁰⁾

Trabajo de parto:

Conjunto de fenómenos mecánicos y fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. ⁽³⁰⁾

Muerte fetal:

Es la muerte ocurrida previa la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción sin signos vitales. ⁽³⁰⁾

Peso al nacer:

Es la primera medición del peso del recién nacido, preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de la pérdida post-natal fisiológica. Se define como bajo peso al nacer al menor de 2,500 gramos en un producto a término, éste determina únicamente el riesgo de muerte. ⁽³⁰⁾

Tiempo de gestación:

La duración de la gestación se determina a partir del primer día del último periodo menstrual normal. Se expresa en días o semanas completas.

Pretérmino: Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días)

A término: de 37 a 41 semanas y seis días (259 a 293 días)

Postérmino: 42 semanas completas o más. ⁽³⁰⁾

Asistente o persona que atendió el nacimiento y el parto:

Es la persona que asistió a la madre en el parto de un nacido vivo o de un feto nacido muerto. Deben distinguirse los nacimientos y las defunciones fetales según hayan sido atendidos por médico, partera, familiares, otros y sin especificar. ⁽¹⁷⁾

Local de ocurrencia del parto:

Para evaluar la utilización de los servicios y recursos de salud, además las condiciones de riesgo en que se produjo el parto. El parto no institucional comprende los nacidos vivos acaecidos en domicilio o en otro lugar como la calle, en un vehículo, etc. ⁽¹⁷⁾

Muerte materna:

Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

Para fines de las comparaciones nacionales e internacionales, la tasa de mortalidad materna deberá ser calculada sin incluir las defunciones maternas tardías. ⁽¹⁷⁾

Defunciones obstétricas directas:

Son las que se producen por complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. ⁽¹⁷⁾

Defunciones obstétricas indirectas:

Son las que resultan de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos de la gestación. ⁽¹⁷⁾

Este aspecto frecuentemente es subestimado por el subregistro de mortalidad materna que hay desde 1985, el que fue comprobado por un estudio realizado por la Dirección Nacional de Maternidad e infancia junto con la Dirección de Estadísticas de Salud. ⁽¹⁷⁾

Mortalidad Perinatal:

El CIE-10 estableció que el periodo perinatal comienza cuando se completa la semana 22 de gestación (peso fetal 500 gramos) y finaliza a los 7 días posteriores al nacimiento. ⁽²²⁾

Riesgo:

Es la probabilidad que tiene el individuo o grupo de sufrir un daño.⁽²⁰⁾

Daño:

Es el resultado no deseado en función del cual se mide el riesgo.⁽²⁰⁾

Nivel de riesgo poblacional:

Se estima sobre la base de indicadores que miden variables socio-económicas, culturales, biológicas y otras en las cuales ya se ha demostrado fuerte asociación con resultados deficitarios (muerte, enfermedad o secuelas). El concepto de riesgo es netamente probabilístico, ya que el alto o bajo riesgo se asocia a la alta o baja posibilidad de que suceda un daño.⁽²⁰⁾

Sistema de Salud:

No sólo se refiere a la atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, etc. Su evaluación no es una tarea sencilla, ya que la misma no puede ser expresada exclusivamente a través de los resultados, en la medida en que éstos están influenciados fuertemente por el nivel de riesgo de la población que se asiste.⁽²⁰⁾

Los resultados son función de las dos variables anteriores (riesgo poblacional y sistema de salud) y ellos pueden ser medidos a través del daño (muerte, enfermedad y/o secuela).⁽²⁰⁾

Factores de riesgo potenciales:

Son aquellos factores que tiene la embarazada (preconcepcionales, biológicos y sociales) que durante el CPN no significan problema, pero que la momento del parto se convertirán en factores activos con altas probabilidades de causar complicaciones o la muerte (por ejemplo: menor de 19 años, talla baja, primigesta, mayor de 35 años, etc) ⁽²⁰⁾

Factores de riesgo reales:

Son aquellos factores que están presentes durante el embarazo o el parto que representan un daño actual o inminente que ameritan de una referencia a un nivel de mayor resolución y requieren de la atención del parto en el hospital (ejemplo: embarazo gemelar en último trimestre, cesárea anterior en el último trimestre, infección de vías urinarias, amenaza de parto prematuro, enfermedades médicas, etc) ⁽²⁰⁾

Edad gestacional:

Es un parámetro de fundamental importancia al nacer, ya que a partir del mismo se toman innumerables medidas de atención y/o prevención del neonato. Los datos sobre edad gestacional deben tomarse con precaución por dos razones, una es el nivel de confiabilidad de este y la otra por las dificultades en cuanto a lo que puede brindar la atención médica para su modificación. ⁽³⁰⁾

MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

2. Área y período de estudio:

El abordaje fue parte de un estudio multicéntrico que OMS impulsó en 57 países del mundo, y a nivel nacional en 8 instituciones de salud. Este reporte se refiere al análisis de los datos obtenidos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales e incluyó todos los nacimientos registrados en esa institución del 11 de Septiembre al 2 de Noviembre de 2004.

3. Población de estudio:

Fueron 1298 mujeres embarazadas las que acudieron al HEODRA en el periodo de estudio y de éstas se atendieron 1305 partos, tanto por vía vaginal como abdominal, 1292 partos únicos, 5 partos gemelares y 1 parto de trillizos.

4. Recolección y análisis de la información:

Se aplicó un cuestionario epidemiológico estandarizado a cada parto, que incluyó preguntas sobre características generales de las pacientes, antecedentes obstétricos, datos sobre la atención del parto, vía del parto y las complicaciones maternas y neonatales. Este cuestionario fue discutido, sometido a prueba piloto, en los diferentes países donde se utilizó, en Nicaragua se escogieron 3 hospitales para su validación, entre los que estuvo incluido el HEODRA.

La mayor parte de los datos tanto maternos como neonatales se recolectaron de los expedientes clínicos durante la estadía hospitalaria y los datos incompletos se recogieron directamente de la madre antes del egreso.

El análisis se realizó en el software SPSS univariado y bivariado. Los resultados se expresaron en función de frecuencias absolutas y relativas a través de tablas y gráficos.

5. Consideraciones éticas:

El estudio fue sometido a revisión por el Comité de Ética para Investigaciones Biomédicas (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN- León, así como el Comité de Ética de OMS en Ginebra.

El estudio no incluyó ni la identificación personal, ni ningún procedimiento invasivo que dañara la integridad física o emocional de las participantes. La fuente de información fue secundaria (expedientes clínicos). Los datos incompletos en los expedientes se recogieron directamente de la paciente previa explicación de los objetivos del estudio y se le solicitó su consentimiento para participar.

Los resultados serán retroalimentados al hospital, para su análisis local así como también formarán parte del conjunto de información proveniente de los 8 hospitales participantes en el país, con el objeto de ser analizada en función de la revisión y/o elaboración de protocolos de manejo sustentados en la evidencia clínica.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CATEGORÍAS	CONCEPTO
Datos Maternos		
Edad	En años	Edad de su último cumpleaños
Talla	En centímetros	Medición de estatura que se completará según el registro en centímetros.
Antecedentes Obstétricos		
Número de embarazos previos incluyendo el actual		Es el número de gestas incluyendo los partos por vía cesárea, sin incluir el parto actual ni los abortos. Si la pregunta 6 = 01, deje en blanco las preguntas 7.
Número de nacimientos previos excluyendo el actual		El número de nacimientos anteriores, incluyendo los partos por cesárea; sin incluir el parto actual ni los abortos. Si la pregunta 7 = 00, deje en blanco las preguntas 8 y 9.
Peso al nacer del último neonato	En gramos	Es el peso al nacer del último hijo. Si es nulípara deje en blanco. Si se desconoce el peso complete con 9999
Resultado del embarazo previo inmediato	1 Aborto. 2. Muerte neonatal. 3. Muerte fetal. 4. Neonato vivo al alta.	Resultado de la última gesta. Nulíparas es cero "0".
Antecedentes como:	Fístula vésico-vaginal/recto-vaginal. Cirugía uterina previa (miomectomía, extirpación del septum, conobiopsia del cérvix uterino, cesárea, cerclaje, etc). Cesárea Anterior.	Procedimientos o complicaciones previas al embarazo inmediato.
Embarazo actual		
Diagnóstico de VIH	Si No	Positivo
Enfermedades presentadas por la madre en el embarazo, o en el trabajo de parto.	Si No	Aparecen 18 enfermedades que son frecuentes en el embarazo o en el trabajo de parto.
Referencia	Si No	Si la mujer fue trasladada a este servicio de salud desde otro servicio para atención del parto o llegó espontáneamente.
Nivel de referencia	I Nivel Partera Bomberos Policía	Lugar o persona que refiere a la paciente.
Número de neonatos		Número total de neonatos que

Atención perinatal, vía del parto y resultados maternos y neonatales en el HFOODRA

		resultaron del parto actual.
Comienzo del trabajo de parto	<p>Espontáneo</p> <p>Inducido</p> <p>Sin trabajo de parto</p>	<p>Comienzo del trabajo de parto natural sin el uso de métodos artificiales.</p> <p>Inicio de las contracciones uterinas por métodos artificiales antes del comienzo espontáneo del trabajo de parto, con el objetivo de lograr el parto vaginal.</p> <p>Son todos los casos de cesárea electiva.</p>
Indicaciones para la inducción del trabajo de parto.	13 Items	Causas más frecuentes de indicaciones de inducción para el inicio del trabajo de parto.
Método de inducción	<p>Oxitocina.</p> <p>Misoprostol.</p> <p>Despegue de membranas.</p> <p>Rotura artificial de membranas.</p> <p>Mecánica.</p> <p>Estimulación del pezón.</p>	Técnicas o fármacos indicados para inducir el parto.
Recurso del personal de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tocoginecólogo. 2. Médico residente/ en formación. 3. Cirujano general. 4. Médico general. 5. Enfermera. 6. Partera. 7. Cualquier paramédico. 8. Estudiante de medicina. 	Persona que atendió a la embarazada al momento del parto.
Tipo de anestesia/analgesia durante el parto o cesárea	<ol style="list-style-type: none"> 1. General. 2. Peridural. 3. Raquídea. 	Vía por la que recibió anestesia la paciente para parto vaginal o por cesárea.
Tratamiento antibiótico	<p>Si</p> <p>No</p>	Si la mujer lo recibió debe mencionar el periodo del embarazo.
Uso de uterotónicos	<p>Si</p> <p>No</p>	Uso de uterotónicos para evitar la hemorragia postparto.
Complicaciones porstparto.	<p>Desgarro III o IV grado.</p> <p>Fístula (vésico-vagina-rectal)</p>	<p>Desgarro abarca más allá de la mucosa.</p> <p>Comunicación entre la vagina y vejiga o recto.</p>
Estado materno al alta.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viva . 2. Muerta. 3. Viva pero referida a un nivel superior de atención o a UCI del mismo hospital. 	<p>Si la mujer está viva y dada de alta del hospital. Si murió al alta o en algún momento hasta el 8vo día postparto.</p> <p>Si está viva pero debido a complicaciones es referida o derivada a niveles superiores de atención dentro del mismo hospital u a otro.</p>
Datos neonatales		

Atención perinatal, vía del parto y resultados maternos y neonatales en el HEDORA

Edad gestacional al momento del parto	Expresada en semana.	Estimación exacta de la edad gestacional del recién nacido por capurro, registrada en la historia clínica.
Presentación fetal al nacimiento	1. Cefálica. 2. Podálica 3. Otra	Incluye las presentaciones cefálicas altas en caso de cesárea y cefálicas flexionadas (vértice) en caso de parto vaginal (y excluye las cefálicas deflexionadas: frente y cara). Incluye cualquier forma de presentación podálica, modalidad de pie o podálica. Incluye presentación transversa y cefálicas deflexionadas: frente y cara.
Modo de terminación del parto	1. Espontáneo 2. Con fórceps 3. Con ventosa 4. Cesárea electiva 5. Cesárea de urgencia, sin trabajo de parto 6. Cesárea intraparto 7. Parto en presentación podálica asistido. 8. Versión interna y gran extracción. 9. Laparotomía por diagnóstico anteparto de rotura uterina. 10. Espátula.	Parto que no requiere ninguna intervención especial. Incluye parto con perineotomía/episiotomía. Aplicación de fórceps o ventosa sobre la cabeza fetal, que facilita su extracción a través del canal del parto. Cesárea programada antes del comienzo del trabajo de parto. Cesárea no programada e indicada por alguna emergencia materna o fetal, realizada antes del comienzo del trabajo de parto. Cesárea indicada por complicaciones durante el trabajo de parto.
Estado al nacer	1. Vivo 2. Feto muerto reciente.	Condición del neonato al nacimiento

Atención perinatal, vía del parto y resultados maternos y neonatales en el HFOBRA

	3. Feto muerto macerado	
Apgar a los 5 minutos	Del cero al diez	Indicador de asfixia neonatal
Peso al nacer	BPN Normal Macrosómico	<2500 gr 2500-4000 grs >4000 grs
Indicación de cesárea	Si No	20 posibles causas de las indicaciones más frecuentes de cesárea.
Admisión del recién nacido a unidad de cuidados intensivos/especiales	Si No	Si estuvo ingresado especificar el número de días.
Estado del recién nacido al alta	1. Vivo y sano. 2. Vivo pero referido a un nivel superior de atención o a unidad especial. 3. Muerto dentro de las 24 horas del nacimiento. 4. Muerto después de las 24 horas del nacimiento.	Condición del neonato al darse de alta del hospital.
Inicio de lactancia materna	1. Dentro de la primera hora de nacido. 2. Entre 1 y 24 horas de nacido. 3. Después del primer día. 4. No comenzó la lactancia antes del alta.	Periodo inmediato, mediato de inicio de lactancia materna

RESULTADOS

En el periodo comprendido ente el 11 de Septiembre al 02 de Noviembre del 2004 en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales se atendieron un total de 1305 partos (1292 partos únicos, 5 gemelares y 1 de trillizos) por vía vaginal y abdominal. Todos fueron incluidos al presente estudio.

Características sociodemográficas:

En relación a la edad, el 32% de las 1298 participantes eran adolescentes (< de 20 años), 63% estaba en el grupo de de 20-34 años y sólo un 5% tenían entre 35 a 44 años.

El 84% de las embarazadas eran casadas o acompañadas y 16% eran solteras. El 6.4% de las participantes eran analfabetas, 88% habían cursado primaria incompleta, 16% había concluido la educación primaria y sólo 6% habían cursado secundaria incompleta.

Del grupo estudiado 32% tenía un peso de menos de 60 kg en el último Control Prenatal, 36% entre 60-69 Kg, 20% entre 70-79 Kg y un 12% mayor de 79 Kg Únicamente 13 % de las gestantes medían menos de 150 cm ; 71% entre 150-160 cm y más de 160 cm un 16%.

Antecedentes Obstétricos:

En cuanto a la paridad, 42% de las participantes no tenían antecedentes de embarazo es decir eran primigestas al momento del estudio.

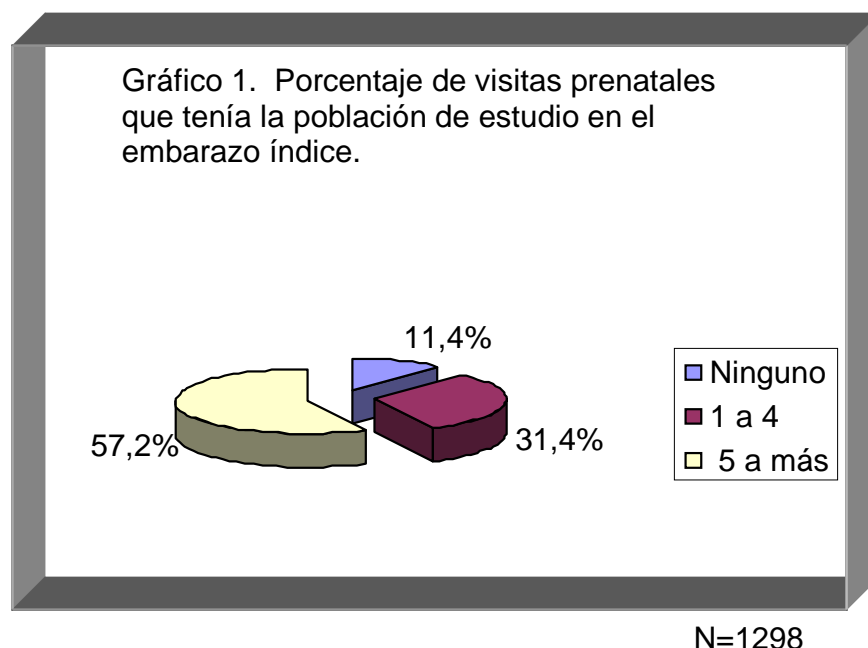
Un 58% (N=767) tenía embarazo anterior y de los resultados de éstos podemos señalar que el 88% fueron neonatos vivos al alta, el 10% terminaron en aborto, el 1% en muerte fetal y el 0.7% en muerte neonatal.

Con respecto al peso al nacer en el embarazo previo presentaron 20 (7.3%) neonatos de bajo peso, 213 (78%) con peso adecuado y 40 (14.7%) de macrosómicos.

Únicamente 136 de las pacientes que corresponde a un 10% tenía antecedente de cesárea.

En relación a las complicaciones maternas ninguna de las embarazadas tenía antecedentes de fístula vesico-vaginal / recto-vaginal, ni de cirugías previas en útero ni en cuello uterino.

✚ Embarazo actual:



Fuente secundaria.

El 57% de las embarazadas tuvieron más de 5 controles prenatales y sólo 11% no tenían ningún control.

Únicamente 3 pacientes fueron referidas, 1 del primer nivel de atención y 2 del segundo, con una tasa de referencia de 2.2. por 1000.

Tabla 1. Frecuencia de enfermedades presentadas por las mujeres estudiadas durante el embarazo índice. HEODRA, 11 de Septiembre al 02 de Noviembre de 2004.

Patología	n= 1298	Porcentaje
Hipertensión gestacional / Preeclampsia	166	13
Ruptura prematura de membranas	137	10
Altura de fondo uterino menor para Edad gestacional	40	3.1
Condiloma acuminado	19	1.5
Pielonefritis	2	0.2
HIV	1	0.1

Fuente secundaria.

El 13% de las pacientes presentaron trastornos hipertensivos durante el embarazo y 10% ruptura prematura de membranas.

Tabla 2. Momento en que se administraron antibióticos en las pacientes embarazadas atendidas en el HEODRA, 11 de septiembre al 2 de noviembre del 2004.

Momento	n=1298	Porcentaje
Durante el embarazo	631	48.1
Después de la cesárea	482	37.1
Durante o inmediatamente después del parto	431	33
Otro momento posterior al parto	43	3.3
Profilaxis de cesárea	35	2.6
Al ingreso hospitalario	3	2.3

Fuente Secundaria

Un 85% de las participantes recibió tratamiento antimicrobiano, de éstas 48 % lo recibieron durante el embarazo y 37% después de la cesárea.

Sólo a 4 de ellas se le realizó transfusión sanguínea y fue porque presentaron anemia durante el embarazo.

El 50% de los trabajos de partos fueron inducidos y 49 % fueron espontáneos. Al 99% de las pacientes que se les indujo el trabajo de parto fue con oxitocina y se debe señalar que a ninguna con misoprostol.

Tabla 3. Indicaciones de inducción de trabajo de parto en el HEODRA, 11 de septiembre al 2 de noviembre del 2004.

Indicaciones	n=1298	%
Complicaciones en el embarazo	634	97
Sufrimiento fetal	8	1.2
Ruptura prematura de membranas	4	0.6
Preeclampsia/eclampsia	2	0.3
Alguna complicación médica	2	0.3
Inducción electiva	1	0.1
Solicitud materna	1	0.1
Post término	1	0.1

Fuente secundaria.

El 97% de las indicaciones de inducción del trabajo de parto fueron por complicaciones durante el embarazo, sólo un 1% fue por sufrimiento fetal.

Tabla 4. Modo de terminación del parto en la población de estudio del HEODRA. 11 de septiembre al 2 de noviembre del 2004.

Modo	n= 1298	%
Espontáneo	721	55,2
Cesárea de urgencia	317	24,3
Cesárea electiva	232	17,8
Cesárea intraparto	34	2,6
Fórceps	1	,1
Total	1305	100,0

Fuente secundaria.

El 55% de los partos tuvieron un modo de terminación espontánea y 45% fueron **por vía abdominal**.

De los 721 partos atendidos por vía vaginal 255 (35%) recibieron anestesia local y 466 (65%) ningún tipo. Y de los 583 (45%) que se atendió el parto por vía cesárea a 198 (34%) se les administró anestesia general, 103 (18%) anestesia peridural y 282 (48%) raquídea.

De las 838 mujeres que se les administró anestesia un 61%% la recibió de médico anestesista, 38% por médico residente en formación y el 1% restante por otros.

Tabla 5. Indicaciones de cesáreas en las pacientes atendidas en el HEODRA en el periodo del 11 de septiembre al 2 de noviembre del 2004.

Indicación	n=583	%
Sufrimiento fetal agudo	210	36
DCP, distocias	162	27.7
Ligadura tubaria	62	10.6
Cesárea anterior	59	10.1
Eclampsia	45	7.7
Falla de inducción	15	2.5
Herpes genital	13	2.2
Hemorragia 3er trim	10	1.7
Embarazo múltiple	4	0.8
Postérmino	1	0,1
HIV	1	0.1

Fuente secundaria.

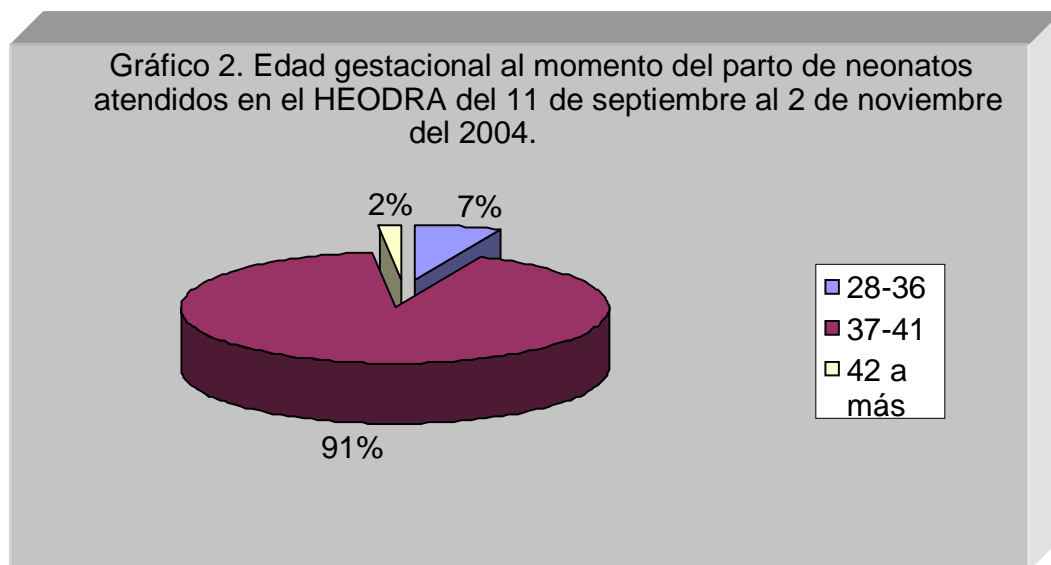
De las 583 cesáreas realizadas el 36% fue por sufrimiento fetal agudo, 28 % por Desproporción cefalo-pélvica, distocias y un 10 % por cesáreas anteriores.

Un 98% de los partos fueron atendidos por médico residente, sólo un 0.6% (N=8) por tocoginecólogo, 0.6% por médico general, 0.4% por cirujano general y 0.2% por estudiantes de medicina.

De las 1298 embarazadas a ninguna se indicó uterotónicos para tratamiento de hemorragia postparto.

Ninguna de las participantes presentó complicaciones postparto, ni fue ingresada a la sala de cuidados intensivos y no reportaron muertes maternas.

✚ Resultados neonatales:



Fuente Secundaria.

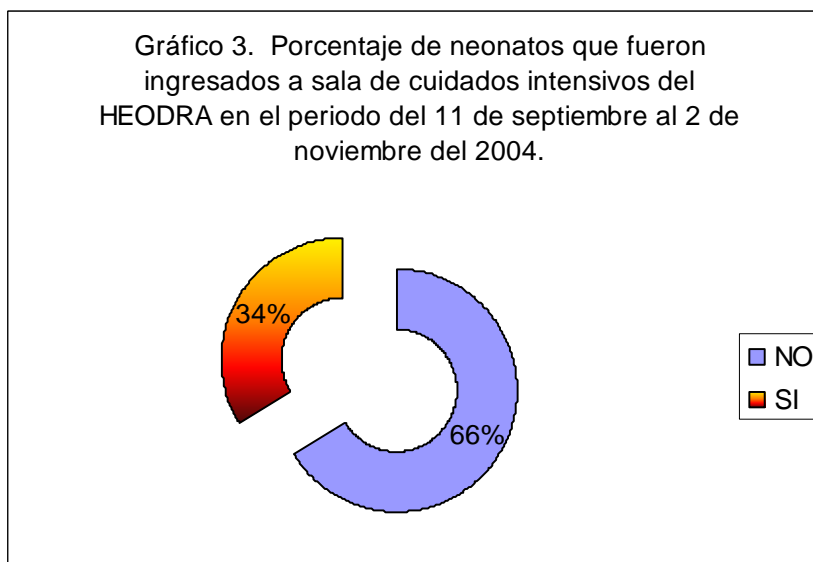
Con respecto a la edad gestacional al momento del parto se encontró que el 91% de los neonatos eran a término, 7% prematuros y 2% postérminos.

En relación a la presentación fetal al nacimiento el 99% tuvieron presentación cefálica, un 0.8% (N=9) podálica y 0.2% fue otra presentación.

El 98 % de los neonatos tuvo un Apgar de 9 a los 5 minutos y 11 neonatos tuvieron 0 de los cuales 4 eran óbitos recientes, 4 macerados y 3 muertes neonatales.

El 88% tuvo un peso adecuado; 8% de los neonatos presentaban bajo peso al nacer y 4% fueron macrosómicos. El 20.4% tuvo un perímetro cefálico menor de 33 cm, 67.6% de 33-35 cm y mayor de 35 cm un 12%.

Un 0.8% (N=10) presentó malformaciones congénitas.



Fuente secundaria.

Un 34% de los neonatos fueron ingresados a la sala de cuidados intensivos; 91% de éstos pasaron de 1-3 días. El 62% de éstos neonatos nacieron por vía abdominal y 38% por vía vaginal.

El 98 % de los niños fue dado de alta vivo y sano. El 60.5 % iniciaron lactancia materna entre la primera hora y 24 horas de nacido y el resto fue después del primer día.

Tabla 6. Indicaciones de cesárea relacionadas con el resultado de Apgar a los 5 minutos, en los partos atendidos por esta vía en el HEODRA, en el periodo del 11 de septiembre al 2 de noviembre de 2004.

INDICACIONES DE CESÁREA	Sin depresión respiratoria a los 5 minutos		Depresión respiratoria a los 5 minutos	
	n=	%	n=	%
Indicaciones aceptadas o absolutas				
Sufrimiento fetal agudo.	207	51	3	0.7
Desproporción cefalopélvica	160	39	2	0.5
Falla de inducción	15	3.4		
Infección activa por Herpes genital	13	3		
Sangrado 3er trimestre	9	2	1	0.2
Ruptura uterina	0	0	1	0.2
Total	405	98.4	7	1.6
Indicaciones controversiales o selectivas				
Cesárea anterior	59	33.2		
Ligadura tubaria	62	35		
Preeclampsia-eclampsia	42	23.3	2	1.1
Presentación podálica	7	3.9		
Embarazo múltiple	4	2.5		
Postérmino	1	0.5		
HIV	1	0.5		
Total	178	98.9	2	1.1

Fuente secundaria

El 51% de los partos con indicación absoluta de vía abdominal por sufrimiento fetal agudo no presentaron depresión respiratoria a los 5 minutos y 0.7% si la presentaron.

Tabla 7. Características demográficas, antecedentes obstétricos y resultados maternos y neonatales relacionados con la vía del parto en el HEODRA, en el periodo del 11 de septiembre al 2 de noviembre de 2004.

Características	Vía del parto n=1305			
	Vaginal		Abdominal	
	n=	%	n=	%
Grupos etéreos				
<20 años	238	33	176	30
20-34 años	456	63	373	64
35-44 años	27	4	34	6
Escolaridad				
Ninguna escolaridad	55	8	30	5.1
Primaria incompleta	663	91.8	551	94.5
Secundaria incompleta	4	0.2	2	0.3
Paridad				
Primigestas	286	39.6	262	45
Digestas	202	27.9	173	30
Trigestas	118	16.5	86	15
Multigestas	116	16	62	10
Edad gestacional al nacer				
Prematuros	39	5.2	47	8
A término	670	93	528	90.5
Postérmino	13	1.8	8	1.5
APGAR a los 5 minutos				
Con depresión respiratoria o muerte	6	0.8	7	1
Sin depresión respiratoria	718	99.2	577	99
Peso al nacer				
Bajo peso	44	6.1	60	10.3
Adecuado	653	90.4	496	85
Macrosómico	25	3.5	27	4.7
Presentación				
Cefálica	720	99.7	568	97.4
Podálica	2	0.3	7	1.5
Otras			6	1.1
Inicio de lactancia materna				
1era hora	672	93	69	11.8
1-24 horas	37	5.1	10	1.7
Después del 1er día	4	0.5	496	85
No la comenzó antes del alta	9	1.3	8	1.5

Fuente secundaria.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados de la presente investigación es importante resaltar que con respecto a las características sociodemográficas existe una alta proporción de embarazos en los grupos de riesgo, ya que un 32% de las mujeres que acudieron para la atención del parto al HEODRA eran adolescentes; para toda Nicaragua el Ministerio de Salud reportó una frecuencia de 30% de embarazos en adolescentes para el año 2004. ⁽²¹⁾

En relación a los años de estudio es necesario resaltar que la mayoría de las participantes (88%) habían cursado primaria incompleta y sólo un mínimo porcentaje secundaria incompleta lo que podría ser un factor de riesgo para la morbilidad materna ya que las mujeres con nivel académico mayor tienen menos hijos, como lo afirma ENDESA 2001 que las mujeres con 1-3 años de instrucción tienen 4.2 hijos, las que tienen de 4-6 años 3.3 y las de educación secundaria y superior 2.5 y 1.7 hijos respectivamente y en el presente estudio el 94% de los partos atendidos por vía abdominal eran mujeres con primaria incompleta. ⁽⁶⁾

Casi la mitad de la población de estudio eran primigestas y al 45% de éstas se les realizó cesárea, afirmando lo que refiere la bibliografía consultada que el hecho de ser primigestas constituye un riesgo potencial para mayores complicaciones, tanto en el embarazo como en el momento del parto. ⁽³⁰⁾

Un 57% de las participantes tenía más de 5 Controles Prenatales (CPN) y 31% de 1-4 ; lo que se corresponde con datos obtenidos por Moreno J. que reportó que en las embarazadas atendidas en el Hospital Berta Calderón en los últimos años

ha presentado un ligero aumento la cobertura de CPN entre un 68% hasta un 75%. ⁽²³⁾ (Gráfico 1)

Pero a pesar de la alta cobertura la tasa de referencias fue de 2.2 por 1000 lo que podría sugerir que la mayoría de embarazadas no acude a sus centros para revisión al presentar alguna complicación, o no son detectados oportunamente los embarazos de alto riesgo por el personal destinado a la atención prenatal o en el hospital no son reportadas las referencias.

Con respecto a las enfermedades que se presentaron durante el embarazo los trastornos hipertensivos (hipertensión gestacional / preeclampsia) fueron los más frecuentes con un 13%, es un porcentaje alto comparado con las bibliografías consultadas que aceptan de 5 a 10%; se debe señalar que el 58% de las pacientes que presentaron preeclampsia eran primigestas lo que se relaciona con estudios que afirman que las primíparas tienen una susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que las multíparas de presentar complicaciones hipertensivas. ⁽¹⁸⁾ (Tabla 1)

La ruptura prematura de membranas fue la siguiente en frecuencia con un 10% ; un estudio realizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología reportó una prevalencia del 8% y consideraron que esto aumentó el riesgo de infección materna y perinatal y que es mayor cuanto mayor es el periodo de ruptura y el parto; además muchos autores indican la interrupción inmediata del mismo con oxitocina para disminuir los riesgos de infección y otros aducen que esta conducta trae aparejada un aumento del número de cesáreas produciendo mayor morbilidad materna. En nuestro estudio únicamente a 4 de las 137 embarazadas que presentaron esta complicación se les indujo el trabajo de parto con oxitocina. ^(2, 24) (Tabla 1.)

Sólo 2 de las participantes presentaron infección de vías urinarias; este hallazgo no se corresponde con las bibliografías nacionales e internacionales las que la colocan como la patología más frecuente en el embarazo, la que produce la

mayoría de las amenazas de parto prematuro y una de las principales indicaciones de uso de antimicrobianos durante el embarazo. ⁽²⁴⁾ En la presente investigación la mitad de las participantes recibieron tratamiento con antibióticos durante el embarazo lo que nos podría sugerir que no se les indicó por esta patología o que a las pacientes no se le explicó en la consulta médica que tuvo una infección de vías urinarias y las complicaciones que ésta puede traer; pero también se podría relacionar el bajo nivel académico de la mayoría de la población de estudio ya que en la práctica clínica la realidad es otra (Tabla 1)

Se debe resaltar que se encontró un caso de HIV con una prevalencia de 0.7 (1/1298) que es similar a un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Noviembre a Febrero 2004-2005 sobre la prevalencia de HIV en el que de las 3545 mujeres embarazadas estudiadas 4 resultaron seropositivas para una prevalencia en este estudio de 0.12% (4/3545). Los casos se registraron en Granada para una prevalencia de 0.40% (1/75), Managua 0.18%(2/1057) y Chinandega 0.20% (1/495) . El caso del presente estudio se detectó durante el embarazo lo que manifiesta la necesidad de la captación precoz y referencia oportuna al segundo nivel de atención de estos casos para el inicio del tratamiento antiretroviral y la programación de la atención del parto por vía abdominal para disminuir la exposición del bebé a las secreciones y sangre materna lo que afirma la revista chilena de infectología que la operación cesárea realizada antes de iniciarse el trabajo de parto y de la rotura de membranas disminuye el riesgo de transmisión del VIH en 50%; además que el personal del hospital debe estar preparado para tomar las medidas de bioseguridad para evitar la transmisión del virus. ^(11, 35) (Tabla 1)

También se presentaron 4 casos de anemia durante el embarazo y a todas se les realizó transfusión sanguínea.

Es de gran importancia resaltar que un 50% de los partos fueron inducidos y que el 97% de estos la indicación fue por complicaciones en el embarazo por lo que se

podría considerar la necesidad de valorar la calidad de la atención prenatal, la aceptación y seguimiento de las recomendaciones por parte de la gestante como lo refleja el estudio realizado en el Hospital Berta Calderón que concluyó que las pacientes que no acudieron a control prenatal (CPN) tiene 1.27 veces más riesgo de presentar complicaciones y las que tiene de 1-4 fue de 1.5 veces, con un OR menor de 1 al incrementarse el número de controles por lo que ellos consideraron que la mayoría de las pacientes inician los Controles pero no cumplen con lo requerido además que es importante señalar que en la mayoría de los casos los CPN son realizados por personal de enfermería por lo que se puede promover una evaluación sistemática de la calidad de éstos ⁽²³⁾ . Y sólo 8 de los partos fueron inducidos por sufrimiento fetal. (Tabla 2)

Un 99% de las participantes que se les indujo el trabajo de parto fue con oxitocina y a ninguna se le administró misoprostol lo que se debe resaltar ya que es controversial la elección de éstos ya que estudios revisados como el realizado por el [Cochrane Pregnancy and Childbirth Group](#) que revisó 26 trabajos randomizados que comparaban misoprostol con placebo, oxitocina y prostaglandina E2 para madurar el cuello uterino o como inductores de trabajo de parto en embarazos con feto viable en el tercer trimestre. La administración de misoprostol vaginal (25 a 100 ug) fue más efectiva que el uso de oxitocina o prostaglandina E2 para inducir parto vaginal en las primeras 24 horas. Sin embargo, hubo mayor hiperestimulación uterina con cambios asociados en la frecuencia cardíaca fetal en el grupo de misoprostol.⁽⁸⁾

Pero si se encontró una alta tasa de partos por vía abdominal (45 por 100 partos) altísimo comparado con el índice <20% aceptable por OMS. Las indicaciones más frecuentes fueron 38% por sufrimiento fetal agudo y 30% por desproporción cefalopélvica o distocias; cabe mencionar que de los 1305 partos sólo un 10% tenía antecedentes de cesárea. Lo que nos debe llevar a la reflexión y a investigaciones que analicen esta situación ya que son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de la cesárea; por una parte aquellos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud o al entrenamiento de éste;

por otra parte las mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece en que sea vista como una forma de parto sin dolor. Si bien el efecto negativo más importante es la repercusión en el estado de salud de las madres y sus hijos, conllevan a un costo económico tanto para la población como para los servicios de salud los que podrían invertir ese dinero en medios diagnósticos y en su mantenimiento (monitores fetales, ecosonógrafos, etc) y capacitación del personal médico para utilizarlos las 24 horas del día. Una tasa de 8% es aceptable para el parto por cesárea. Aún si se aceptan cifras de 10% a 15% la frecuencia con que se practica cesárea en América Latina es muy alta, como lo corrobora una investigación reciente. En los países desarrollados la tasa de cesáreas se ha elevado de 5% en la década de los 70 a más de 50% en algunas regiones del mundo, como Brasil y sobre todo en la práctica privada. Además en el presente estudio el 91% de los partos atendidos por vía abdominal las participantes estuvieron ingresadas en el centro hospitalario de 2-4 días en cambio los que se atendieron por vía vaginal el 86% estuvo ingresada 1 día, por lo que se debe considerar también el alto costo de atención ^(9, 12) (Tabla 4)

A más del 50% de los partos por vía abdominal se les administró anestesia regional lo que se debe señalar ya que se considera que esta técnica para la cesárea es ventajosa debido a su simplicidad, la rapidez de la administración y del inicio de la anestesia, la reducción del riesgo de toxicidad sistémica y el aumento de la densidad del bloqueo anestésico raquídeo en comparación con la anestesia general. ⁽²⁶⁾

La indicación de cesárea más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo con un 38%, cabe señalar que es un alto porcentaje ya que en bibliografías consultadas reportan un 13.5% y la mencionan como la principal indicación de parto por vía abdominal en las pacientes con antecedentes de cesárea previa que fueron a prueba de trabajo de parto; además sería interesante investigar si el diagnóstico

de sufrimiento fetal no se está sobrevalorando y si así lo fuera se podría disminuir, con algunas medidas, la alta tasa de cesáreas en la institución ⁽²⁹⁾ (Tabla 5)

Un 98% de los partos fueron atendidos por médicos residentes lo que supera la frecuencia reportada para Latinoamérica (58%) pero se debe resaltar que sólo 8 partos fueron atendidos por tocoginecólogos, es decir que la atención del parto es supervisada por médicos residentes en formación a residentes de menor jerarquía y a los internos a diferencia de la experiencia a nivel internacional donde sólo el especialista atiende los partos y aquí vemos reflejada la gran escasez de plazas de especialistas en nuestros hospitales y la importancia de contar en nuestro departamento con un hospital escuela aunque con pocos recursos. A pesar de esto no se reportaron complicaciones postparto, ninguna de las participantes fue ingresada a la sala de cuidados intensivos y no se presentaron muertes maternas ⁽²⁴⁾

Se obtuvo una tasa de mortalidad perinatal de 8 x 1000 nacidos vivos la que ha disminuido según ENDESA 2001 que reportó una tasa de 15 x 1000 nacidos vivos en el departamento de León pero según datos del Ministerio de Salud para el año 2003 hasta la semana 34 se reportó una tasa de 2.5 por 1000 nacidos vivos para León. Se presentaron 8 óbitos fetales y 10 neonatos presentaron malformaciones congénitas; 3 de estos fueron óbitos fetales. ⁽²¹⁾

El 91% de los neonatos eran a término; sólo un 7% fueron prematuros que se puede considerar como un bajo porcentaje comparado con el 12% que refiere la bibliografía consultada. Un 8% de los neonatos presentaron bajo peso al nacer que es igual al consultado en algunas referencias pero menor que el reportado por UNICEF para América Latina (10%), lo que podríamos señalar como positivo ya que el peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo

psicosocial del recién nacido y el porcentaje obtenido es comparable con los datos de países desarrollados^(32, 33)

De los 9 partos en presentación podálica 7 fueron atendidos por vía abdominal, de éstos el 67% fueron cesáreas electivas lo que es lo recomendable para nuestro medio ya que en investigaciones realizadas consideran que la cesárea programada en comparación con el parto vaginal programado reduce la muerte perinatal o neonatal o la morbilidad neonatal grave para la presentación podálica del feto único a término, a costa de un cierto aumento de la morbilidad materna. Se dispone de información limitada sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea, como las funciones reproductivas y el ajuste emocional pero es la vía recomendada en los partos de presentación pélvica en los lugares donde la cesárea no es de tan fácil acceso.⁽¹⁴⁾

Un 18% de los neonatos a término presentó un perímetro cefálico menor de 33 cm para lo que se deben considerar infecciones, trastornos genéticos y desnutrición severa además se les debe dar seguimiento para valorar el grado de compromiso neurológico ya que sólo 14% de los pacientes con 2 desvíos estándar por debajo de la media (microcefalia) tienen un cociente intelectual por encima de 100, en tanto ninguno con 3 desvíos estándar por debajo de la media posee un cociente intelectual superior de 100. Además se podría sugerir la realización de un estudio que analice los factores asociados a este hallazgo.^(32.)

El 34% de los neonatos estuvieron ingresados en sala de cuidados intensivos y el 62% de éstos fueron los que nacieron por vía abdominal y es por lo que como se mencionó anteriormente es necesario una revisión sistemática de las indicaciones de cesárea ya que dentro de los riesgos fetales están los problemas pulmonares particularmente antes de las 39 semanas o en pacientes de tiempo de gestación dudosa y complicaciones de amniocentesis. Si la intervención ocurre a las 39 semanas el riesgo de distress respiratorio es de un 0,4%. La hipotensión

resultante de anestesia en la madre puede causar una acidosis transitoria en el feto. Aunque estos riesgos son mínimos sin embargo existen refieren los estudios consultados. Otros estudios afirman que el incremento en la tasa de parto por cesárea se asoció con aumento en la tasa de mortalidad fetal y con un número mayor de niños admitidos a cuidado intensivo por 7 días o más aún después de ajustar por partos prematuros. ^(9, 26, 27)

Es importante señalar que existen indicaciones aceptadas o absolutas de cesárea e indicaciones controversiales o selectivas, en la presente investigación se puede observar que existe un alto porcentaje (30%) de indicaciones de cesáreas selectivas con respecto al total de indicaciones y al comparar el Apgar a los 5 minutos de los neonatos se puede resaltar que se presentó mayor porcentaje de depresión respiratoria en aquellos nacidos por cesárea con indicación absoluta; sin embargo, al comparar el porcentaje de depresión respiratoria a los 5 minutos con los niños nacidos por partos vaginales, no hubo diferencia lo que nos lleva a inferir que la alta tasa de cesárea obtenida en el HEODRA con indicación selectiva no es justificable. Cabe señalar que a pesar de que es bajo el porcentaje de casos de depresión respiratoria a los 5 minutos el 62% de los niños nacidos por vía abdominal estuvieron en cuidados intensivos lo que se relaciona con un artículo publicado en la revista Lancet 2006, en el que el estudio revela un incremento del porcentaje de cesáreas desde un 15% medido en encuestas anteriores al 35% actual, con un impacto negativo en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, con aumento en el uso de antibióticos post parto, hemorragias y transfusiones de sangre, días de hospitalización materna, muerte fetal, parto pretérmino e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales. Así, según concluyen los autores, las mayores tasas de cesáreas no se acompañan de mejores indicadores de salud perinatal. ⁽³⁴⁾

Con respecto al inicio de la lactancia materna se puede resaltar que el 85% de las mujeres a las que se le realizó cesárea la iniciaron después del 1er día lo que influye fuertemente en el apego precoz y en una lactancia exitosa, recomendado

Atención perinatal, vía del parto y resultados maternos y neonatales en el HEDRA

por los neonatólogos; en cambio el 93% de las participantes que tuvieron parto vaginal la iniciaron antes de la 1era hora. ⁽⁶⁾

CONCLUSIONES

1. El 32% de las participantes eran adolescentes, más del 80% eran casadas o acompañadas y habían cursado primaria incompleta.
2. El 42% de las embarazadas eran primigestas, un 10% de las que tenían embarazo anterior tenía cesárea previa y ninguna tenía antecedentes de complicaciones maternas.
3. Se obtuvo una alta tasa de partos por vía abdominal de 45 por 100. El 42% de éstas eran primigestas
4. La principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo, el 98% de esos recién nacidos presentó Apgar de 9 a los 5 minutos. La desproporción cefalopélvica y las distocias le siguieron en frecuencia.
5. Ninguna de las participantes presentó complicaciones del parto tales como laceraciones, desgarros, infecciones, dehiscencias de herida, etc.
6. El 62% de los 443 neonatos que estuvieron en cuidados intensivos nacieron por vía abdominal.
7. No se reportó ninguna muerte materna, la tasa de mortalidad fetal fue de 6 x 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal fue de 8 x 1000 nacidos vivos, las que han disminuido considerablemente.
8. El 85% de las mujeres que se les realizó cesárea iniciaron la lactancia materna después del primer día lo que puede influir en el apego precoz y en una lactancia materna exitosa. El 91% de éstas estuvieron ingresadas de 2 a 4 días lo que implica altos costos.

RECOMENDACIONES

1. La realización de un protocolo de atención del parto con actualización sistemática es de gran necesidad.
2. Priorizar la capacitación del personal destinado a la atención prenatal en el primer nivel de atención, mejorar la cobertura con recursos médicos y el sistema de referencias.
3. Promover la capacitación continua del personal del segundo nivel de atención para la atención de embarazos de riesgo y de emergencias obstétricas para aumentar la calidad en la atención del parto y por ende mejoraría los resultados maternos y fetales.
4. Proponer la realización de una investigación que analice los factores asociados a la alta tasa de partos por vía abdominal y su costo económico y social que en el presente estudio influyó principalmente en los resultados neonatales y así obtener evidencias que incidan en el abandono de la falsa credibilidad de su inocuidad.

REFERENCIAS

1. Borré O. y cols. Inducción del trabajo de parto con Misoprostol vs. Oxitocina. VOI. 51. No 1. Enero/Marzo 2000. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.
2. Burchell RC. Premature spontaneous rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 1964; 88:251-255.
3. Cajina J. Situación Nacional de Mortalidad Materna. MINSA. Nicaragua 2005.
4. Calkins L.a. Premature spontaneous ruptura of the membranas. Am J Obstet Gynecol 1952. 64:871.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano (CLAP). Novedades EL CLAP. Grupo de investigación de control prenatal de la OMS. Investigación aleatorizada de Control Prenatal de la OMS para la evaluación de un nuevo modelo de CPN. Lancet 2001. 357- 1551-1564.
6. Centro Rosarino Estudios Perinatales. Segunda reunión de coordinadores nacionales del estudio "Sistema global de datos de la OMS para Salud Materna y Perinatal, 25-26 de Octubre de 2004. Rosario, Argentina.
7. Cobo, E. "Tasas de cesáreas en la Fundación Clínica Valle del Lili: ¿Es posible reducirlas?. Colombia med; 1998; 29: 53-61.

8. Córdoba A. Misoprostol y embarazo. Revisión y traducción del artículo Misoprostol and Pregnancy de Alisa B. Goldberg, Mara B. Greenberg, Philip D. Darney, publicado en el New England Journal of Medicine (NEJM 2001 344:38). Universidad Católica de Chile / Hospital Dr. Sótero del Río.
9. EMSA. Tasas de cesáreas muy altas en América Latina, sobre todo en hospitales privados. Complicaciones maternas aumentan con cesáreas a repetición. . Junio, 2006.
10. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Instituto Nacional de Estadística y Censo. MINSA. Octubre 2002.
11. Estudio de Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud durante el periodo de Noviembre 2004 - Febrero 2005.
Semana 32, Año 2005
Del 7 al 13 de Agosto del 2005
12. Gaceta Médica de México. Complicaciones asociadas a la cesárea : la importancia de un uso módicamente justificado. Volumen 138. No 4. Julio- Agosto 2002. México.
13. Grupo Interagencial por una Maternidad sin riesgos. La Atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas. 2003.
14. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4*, 2006. Oxford, Update Software Ltd.

15. Jowett, M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost- effectiveness. Health Policy. 53:201-228 (2000)
16. McPherson. K. Microcefalia. Jackson Memorial, Hospital. Miami departamento de Pediatría. Universidad de Maryland. Centro Médico. Agosto 2004.
17. Mesa Redonda. "La cesárea ¿Una panacea universal? Rev. Chil Obstet Ginecol, 1999; 64: 85-04.
18. Micali L. y cols. Factores predisponentes de eclampsia en la población de Paraguaná. 1993-1997. Revistas venezolanas. Indexmedico e INTERPOL, Inc. 2006.
19. MINSA. Estadísticas vitales 2003- Semestre 2004. Managua, Nicaragua.
20. Ministerio de Salud. División General de RRHH y docencia. Módulo Maternidad segura I. 1era edición. Managua: MINSA/Prosalud, 2002.
21. Ministerio de Salud. Datos Preliminares. Indicadores básicos de Salud 2005. Managua, Nicaragua.

22. Montiel R. Relación entre modo de parto, atención intra parto y resultados maternos y perinatales. Hospital Luis Felipe Moncada, San Carlos Río San Juan, 1ero de Agosto al 30 de Noviembre, 2004. Trabajo monográfico para optar al título de “Maestría en ciencias con mención en epidemiología”. León, Enero de 2005.
23. Moreno J. Factores de riesgo relacionados con mortalidad materna en el Hospital Berta Calderón en el periodo Enero de 1999 a Diciembre 2002. Tesis para optar al título de Gineco-obstertra. Enero 2003. Managua Nicaragua.
24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. OFICINA REGIONAL DE LA OMS. “Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud”. Décima revisión, 1992. Publicación Científica Nro. 554. OPS. Washington. D.C. E.E.U.U., 1995.
25. OPS, UNFPA, UNICEF. Salud materna e infantil en Nicaragua. Avances y desafíos 2005. Nicaragua.
26. Parsons y cols. Anestesia raquídea versus epidural para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
27. **Parto por cesárea primera electiva.** *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2003, vol.68, no.1 [citado 11 Diciembre 2006], p.79-80. Disponible en la

28. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. Realidad actual de la episiotomía en Panamá: Riesgo vs. Beneficio. Septiembre 1999 a Agosto del 2000. Volumen 11, Núm 7, Octubre – diciembre, 2002.
29. Romero A y cols. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el hospital J.R. Vidal de Corrientes. Del 1ero de Junio de 2002 al 31 de Mayo de 2003. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 135- Febrero 2004.
30. Schwarcz. Obstetricia. 5ta edición. Editorial Ateneo. 1996. Argentina.
31. Thaddeus, S and Maine, D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Sciences and Medicine. 38 (8): 1091-1110 (1994).
32. UNICEF 2001. Bajo peso al nacer en Latinoamérica.
33. Universidad de Virginia. Sistema de Salud. El recién nacido de alto riesgo. Agosto 2006. Charlottesville. U.S.A.
34. Villar J. and cols. Relación entre tasas de cesáreas y morbilidad materna y neonatal. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Lancet 2006. Volumen 6: Noviembre y Diciembre 2006.
35. Zamorano y cols. Infección por virus de inmunodeficiencia humana, embarazo y deseo de reproducción: Comité de SIDA Pediátrico Sociedad Chilena de Pediatría. . *Rev. chil. infectol.* [online]. 2004, vol.21, no.3 [citado 26 Octubre 2006], p.208-212.

ANEXOS

Atención perinatal, vía del parto y resultados maternos y neonatales en el HEDORA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	SISTEMA GLOBAL DE DATOS DE LA OMS PARA SALUD MATERNA Y PERINATAL MODO DE TERMINACIÓN DEL PARTO Y RESULTADOS DEL EMBARAZO FORMULARIO INDIVIDUAL HRP A25176	IND PAGE ½
<p>RESULTADO MATERNO P. 26 a 34, Por favor, responda 1= NO 2= SI</p> <p>26. ¿Ha recibido la mujer algún tratamiento antibiótico? ___</p> <p>27. Si es sí, ¿cuándo fueron administrados los antibióticos?</p> <p>a. Durante el embarazo ___</p> <p>b. Ingreso en el trabajo de parto ___</p> <p>c. Durante o inmediatamente después del parto ___</p> <p>d. Como profilaxis antes de la cesárea ___</p> <p>e. Inmediatamente después de la cesárea ___</p> <p>f. En algún otro momento posterior al parto ___</p> <p>28. ¿Se usó algún úterotónico para el tratamiento de la hemorragia postparto? ___</p> <p>29. ¿A la paciente se le realizó una transfusión de sangre? ___</p> <p>30. ¿Cuál fue la indicación para la transfusión de sangre?</p> <p>a. Anemia durante el embarazo ___</p> <p>b. Hemorragia anteparto ___</p> <p>c. Hemorragia intraparto ___</p> <p>d. Hemorragia postparto ___</p> <p>31. Desgarro perineal de tercer o cuarto grado ___</p> <p>32. Histerectomía ___</p> <p>33. Fístula (vesico – vaginal / vesico rectal) post parto ___</p> <p>34. Admisión a Unidad de Cuidados Intensivos/Especiales ___</p> <p>35. Si es sí, número de días en Unidad de Cuidados Intensivos / Especiales ___</p> <p>36. Estado materno al alta o al 8º día postparto ___</p> <p>1. Viva. ___</p> <p>2. Muerta ___</p> <p>3. Viva pero referida a un nivel superior de atención. ___</p> <p>37. Fecha del alta, de la referencia o de muerte ___/___/___</p>	<p>CESÁREA</p> <p>49. Si es cesárea, por favor complete las siguientes indicaciones</p> <p>1= NO 2= SI</p> <p>a. Retardo del crecimiento intrauterino. ___</p> <p>b. Sufrimiento fetal ___</p> <p>c. Pre- eclampsia / eclampsia. ___</p> <p>d. Post término, más de 42 semanas ___</p> <p>e. Sangrado vaginal en el 3er trimestre ___</p> <p>f. Desproporción céfalo-pélvica / distocia/ falta de progresión / fracaso de fórceps o ventosa ___</p> <p>g. Embarazo múltiple ___</p> <p>h. Sospecha de rotura uterina inminente ___</p> <p>i. Falla de inducción ___</p> <p>j. Podálica u otra presentación anómala ___</p> <p>k. Cesárea previa ___</p> <p>l. Falla de inducción ___</p> <p>m. Ligadura tubaria/esterilización ___</p> <p>n. Solicitud materna ___</p> <p>o. VIH ___</p> <p>p. Herpes genital / condiloma extendido ___</p> <p>q. Alguna otra complicación del embarazo ___</p> <p>r. Cualquier otra indicación fetal ___</p> <p>s. Cualquier otra complicación médica de la madre ___</p> <p>t. Reparación previa de fístula vesico-vaginal, o recto-vaginal ___</p>	
<p>DATOS NEONATALES</p> <p>38. Si fue nacimiento múltiple, orden de nacimiento (1º, 2º, 3º, etc) ___</p> <p>39 Fecha del parto ___/___/___</p> <p>40. Mejor estimación obstétrica de edad gestacional al momento del parto (en semanas completas) ___</p> <p>41. Presentación fetal al nacimiento ___</p> <p>1. Cefálica 2. Podálica 3. Otra</p> <p>42. Modo de terminación del parto</p> <p>1. Espontáneo. ___</p> <p>2. Fórceps. ___</p> <p>3. Ventosa. ___</p> <p>4. Cesárea electiva. ___</p> <p>5. Cesárea de urgencia, sin trabajo de parto. ___</p> <p>6. Cesárea intraparto. ___</p> <p>7. Parto en presentación podálica asistido. ___</p> <p>8. Versión interna y gran extracción. ___</p> <p>9. Laparotomía. ___</p> <p>10. Espátula. ___</p> <p>43. Estado al nacer</p> <p>1. Vivo 2. Feto muerto reciente 3. Feto muerto macerado</p> <p>44. Apgar a los 5 minutos ___/___</p> <p>45. Peso al nacer (gr) ___</p> <p>46. Perímetro cefálico (cm) ___</p> <p>47. Sexo (1. Femenino 2. Masculino) ___</p> <p>48. ¿Alguna malformación congénita? ___</p>	<p>RESULTADO NEONATAL</p> <p>Por favor, responda 1= NO 2= SI</p> <p>50. Admisión del recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos / Especiales ___</p> <p>51. Si es sí, número de días en Unidad de Cuidados Intensivos/Especiales. ___</p> <p>52. Estado del recién nacido al alta ___</p> <p>1. Vivo y sano. ___</p> <p>2. Vivo pero referido a un nivel superior de atención. ___</p> <p>3. Muerto dentro de las 24 horas del nacimiento. ___</p> <p>4. Muerto después de las 24 horas del nacimiento. ___</p> <p>53. ¿Cuándo comenzó la lactancia? ___</p> <p>1. Dentro de la primera hora de nacido. ___</p> <p>2. Entre 1 y 24 horas de nacido. ___</p> <p>3. Después del primer día. ___</p> <p>4. No comenzó la lactancia antes del alta. ___</p> <p>54. Fecha del alta del neonato ___/___/___</p> <hr/> <p>Código del responsable del llenado ___</p> <p>Firma _____</p> <p>Fecha ___/___/___</p>	