

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.**

**(UNAN – LEON)**

**Facultad de Ciencias Médicas**



**Monografía de Investigación Para Optar al Título de  
Doctor En Medicina y Cirugía**

“Prevalencia y Factores asociados de las complicaciones obstétricas en pacientes de partos vaginales atendidos en el Centro de Salud “Adrián Amaya Samayoa” del Municipio El Ayote, Chontales en el período de enero a diciembre del año 2017.

**Autor:** Br. Marcos José Ríos Romero

**Tutor:** Dr. Wilber Pavón Baldelomar  
Especialista en Gineco-Obstetricia  
Médico de Base en Hospital Asunción Juigalpa Chontales.

**Asesor:** Dr. Javier Zamora Carrión  
Dpto. Salud Pública & Epidemiología  
UNAN, León.

**León Nic, Diciembre, 2018**

**¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!**

**Mariano Fiallos Gil**

### **OPINIÓN DEL TUTOR:**

Los temas de actualidad son para todos de vital importancia, ya que permiten medir la calidad de atención que se les está brindando a los pacientes.

Abordar temas de relevancia en este municipio de nuestro departamento nos permite darnos cuenta los puntos donde podemos hacer énfasis e incidir en brindarles mayor atención con calidad y calidez a estos pacientes.

En este proceso investigativo se han cumplido todos los requisitos académicos, científicos y metodológicos.

Mis más altas muestras de consideración, aprecio, respeto y felicitaciones al investigador por el esfuerzo realizado.

Atentamente:

Dr. Wilber Pavón Baldelomar  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Medico de Base Hospital Asunción, Juigalpa Chontales  
**Tutor**

## **AGRADECIMIENTO:**

**A Dios** Todo poderoso, que nos guía e ilumina con su santo espíritu, dándonos sabiduría, entendimiento y abnegación para culminar mis estudios.

**A mis padres** que han sido mi ejemplo y motivación a seguir, pilar de fortaleza en cada paso de mi vida.

**A mis maestros** quienes por medio de sus conocimientos y experiencias me guiaron cada año de mi carrera.

**A mi amigo y tutor** Dr. Wilber Pavón, que sin ninguna obligación y sin esperar nada a cambio me facilito con empeño y dedicación sus conocimiento y su valioso tiempo para la realización de este estudio.

## **DEDICATORIA:**

**A Dios** quien me ha dado la voluntad, fuerza y esperanza de seguir luchando con amor y humildad para poder culminar esta preciada carrera.

**A mis padres** quienes han sembrado sueños, ideales y principios, que han sabido dirigir mis pasos en cada momento de mi vida.

A esa personita por la que vale la pena cualquier sacrificio; **mi hija** Ashley Ríos Ramírez, quien es un motor que me impulsa a seguir adelante para luchar por los sueños y metas que me proponga en el futuro.

Y por supuesto, también dedico este estudio a todas las mujeres que asistieron al centro de salud en este municipio El Ayote para que fueran atendido sus partos; cada una de ellas han sido una escuela para adquirir más y mejores conocimientos, y que así ellas puedan tener una mejor atención médica con calidad en esta unidad de salud municipal.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a las complicaciones obstétricas en pacientes de partos vaginales atendidos en el Centro de Salud Adrián Amaya Samayoa en el año 2017.

**Material y métodos:** se realizó un estudio de corte transversal analítico, se estudiaron a 140 gestantes donde fueron atendidas en la unidad de salud con un parto vaginal. Se realizó un estudio de frecuencia y porcentaje, y un análisis bivariado con el cálculo de razón de prevalencia para asociación, y una significancia estadística con el intervalo de confianza del 95%, y valor de P (<0.05)

**Resultados:** Entre las características sociodemográficas predominantes fueron la edad de 19 a 35 años (61,4%), la procedencia rural (56,4%), el estado civil de unión estable (50%), la educación primaria (53,9) y el ser ama de casa (66,4%). La prevalencia de complicaciones obstétricas fue del 23,6%, donde predominó los desgarros (15%) y la preclampsia (12,1%). Los factores obstétricos que se asociaron significativamente estadísticos fueron las complicaciones obstétricas fueron el antecedente de preclampsia (RP:3, IC95%: 1.3-6,7 P:0.03), la diabetes mellitus (RP:3.7, IC95%: 2.1-6, P:0.00), la infección de vías urinarias urinaria (RP:2 IC95%: 1.1-3.9, P:0.02) y la anemia (RP:4.7, IC95%: 1.1-22, P:0.03). La atención al parto por las horas de la noche (RP:2.8, IC95%: 1.2-6.5, P:0.01) se asoció estadísticamente significativo a la presencia de complicaciones obstétricas en esta población.

**Conclusión:** la prevalencia y los factores que se asocian a las complicaciones obstétricas son similares a lo reportado por la literatura y deben siempre deber ser abordados para disminuir el número de casos en esta población. Se debe investigar más en nuevos factores relacionados con la atención del parto vaginal en las unidades de salud.

**Palabras clave:** complicación obstétrica, factores asociados.

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
I. OPINION DEL TUTOR _____	2
II. AGRADECIMIENTO _____	3
III. DEDICATORIA _____	4
IV. RESUMEN _____	5
V. INDICE _____	6
VI. INTRODUCCIÓN _____	7-8
VII. ANTECEDENTES _____	9-10
VIII. JUSTIFICACIÓN _____	11
IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	12
X. OBJETIVOS _____	13
Objetivo general _____	13
Objetivos específicos _____	13
XI. MARCO TEÓRICO _____	14-26
XII. DISEÑO METODOLÓGICO _____	27
1) Tipo de estudio _____	27
2) Área y período de estudio _____	27
3) Población de estudio _____	28
4) Tiempo de estudio _____	28
5) Universo _____	28
6) Muestra _____	28
7) Criterios de inclusión _____	28
8) Criterios de exclusión _____	28
9) Fuente de información _____	28
10) Procedimiento de Recolección de datos _____	29
11) Procesamiento y Análisis de datos _____	29
12) Aspectos éticos _____	29
13) Operacionalización de variables _____	30-31
XIII. RESULTADOS _____	32-36
XIV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS _____	37-40
XV. CONCLUSIONES _____	41
XVI. RECOMENDACIONES _____	42
XVII. BIBLIOGRAFIA _____	43-46
XVIII. ANEXOS _____	47-50

## I. INTRODUCCIÓN

El nacimiento o parto es la expulsión completa o extracción del organismo materno del Feto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación.<sup>1</sup> Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y cuando son numerosas constituyen un problema de salud que origina consecuencias negativas para la mujer, la población general y el país.<sup>2</sup>

Entre las complicaciones del parto la hemorragia originada fundamentalmente por atonía uterina, laceraciones del canal del parto, retención de fragmentos placentarios o membranas y hematomas de la episiorrafia, son causas frecuentes de morbimortalidad materna, lo que presupone el uso de grandes volúmenes de infusiones parenterales (hemoderivados o no) y la asistencia intensiva por parte de todo un equipo de salud, con el objetivo primordial de prevenir y tratar los trastornos hemodinámicos resultantes.<sup>2</sup>

Las complicaciones del post-parto ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos servicios obstétricos del mundo, incluidos los de nuestro país, por lo que constituye un elemento de morbilidad que debe ser constantemente vigilado y controlado.<sup>3</sup> Existen ciertas características que tiene las embarazadas que predisponen a una complicación en el momento del parto, estos pueden ser propios de la biología del paciente, del estilo de vida, del medio ambiente o relacionados directamente con las unidades de salud. Los factores que determinar una complicación en el parto son las circunstancias en que la paciente vive, se desarrolla y muere.<sup>4</sup>

Es de gran importancia para el Ministerio trabajar sobre los factores que al evitarse pueden disminuir la morbi-mortalidad de la paciente y del recién nacido. El Ministerio de salud viene trabajando, en el desarrollo de los pilares de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; reducir el número de complicaciones obstétricas; reducir la mortalidad materna por complicaciones obstétricas y reducir la tasa de mortalidad perinatal y neonatal.<sup>5</sup>

El presente estudio tiene como objetivo investigar los factores asociados a las complicaciones obstétricas en pacientes que se les atendió su parto vaginal en el centro de salud "Adrián Amaya Samayoa" del municipio El Ayote en el período de enero a diciembre del año 2017.

## II. ANTECEDENTES

### *A nivel internacional*

Aguirre y colaboradores en el 2013, en el Hospital Enrique Sotomayor en Ecuador determinaron la frecuencia de las complicaciones puerperales inmediatas; mediante la observación de expedientes clínicos en pacientes de parto eutócico. Ellos obtuvieron los siguientes resultados: la complicación más frecuente fue el hematoma vaginal que representa el 21% de la muestra. Los factores asociados a las complicaciones fueron edad materna menor de 16 años, baja estatura, preeclampsia, infección urinaria, y anemia.<sup>6</sup>

López y colaboradores en el mismo año determinaron las características de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador. Observaron los siguientes resultados: 58% hipotonía uterina, anemia 23%, atonía uterina en un 8%, alumbramiento incompleto el 3,3%, mortalidad materna 0,5%. El 46% de pacientes se encontraron entre los 15 a 23 años de edad. Se concluyó que la hemorragia posparto fue la más frecuente, la edad adolescente con las enfermedades como preeclampsia y la infección urinaria fueron factores asociados a las complicaciones en el parto.<sup>7</sup>

Sosa y colaboradores en el 2009 un estudio realizado en 24 instituciones de atención materna, en que participaron 11,323 mujeres con partos vaginales en Argentina y Uruguay. Los autores indican que la hemorragia posparto es de mayor número de muertes maternas, contribuyendo a aumentar la tasa de mortalidad materna en 25% a 30%. Los factores de riesgo de hemorragia en el posparto más frecuentes fueron: embarazo múltiple (20,9%), feto macrosómico (peso mayor de 4000 gramos) (18,6%), episiotomía (16,2%), sutura perineal (15,0%) y placenta retenida (33,3%).<sup>8</sup>

### *A nivel Nacional*

Rodríguez y colaboradores publicaron en el 2009 un estudio cuyo objetivo fue identificar algunos factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal a través de un estudio de casos y controles en el Hospital Materno Infantil Vélez Paiz, entre enero y diciembre del 2006. La muestra estuvo integrada por 60 puérperas con morbilidad (casos) y 120 puérperas sin morbilidad (control). Los autores señalan entre los principales resultados un predominio de las edades entre 23-27 años respectivamente (30% de los casos y 28,3% en los controles). Por otro lado, la vía de terminación del parto influye significativamente en la morbilidad puerperal, teniendo el parto espontáneo como vía de terminación más frecuente (50% en los casos y 81,7% para los controles); sin embargo llama la atención el parto por vacum que fue (6,70% en los casos y 10% en los controles). La infección de la herida operada (36.70%) y la anemia (20,0%) fueron los procesos morbosos más frecuentes en la vía de terminación del parto por cesárea y la infección del tracto urinario (20,0%) y la retención de membranas (20,0%) fueron las morbilidades más frecuentes en la vía de terminación del parto espontáneo; lo que significa que el tipo de morbilidad según la vía de terminación del parto influye significativamente en la morbilidad puerperal.<sup>9</sup>

Hasta el momento, no se encontraron estudios o tesis monográficas realizadas en el departamento de Chontales de Nicaragua, que aborde esta temática.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

El periodo del puerperio, comprende desde la etapa del alumbramiento hasta los 60 días después del parto en el cual se dan cambios psicológicos, fisiológicos y emocionales. Durante esta etapa hay una involución de órganos los que se modificaron para permitir el desarrollo del embarazo, especialmente el útero.<sup>5</sup> Existen muchos factores involucrados en las complicaciones presentadas en las pacientes tanto en el momento del parto como en el período postparto, y el reconocimiento de dichos factores que se asocian a las complicaciones obstétricas es importante para la reducción de la morbilidad materna en este grupo de pacientes.<sup>5</sup>

Es por este motivo, que determinar si los factores sociodemográficos y obstétricos están asociados a las complicaciones presentes en pacientes puérperas deben constituir un objetivo clave; por tal razón el presente estudio pretende ser de utilidad para identificar a tiempo las complicaciones obstétricas asociadas a factores que se presentan en las pacientes de partos vaginales atendidos en el Centro de Salud Adrián Amaya Samayoa en el municipio El Ayote, en el cual se atienden aproximadamente entre 250 y 350 partos por vía vaginal al año. Es de considerar que este municipio es de mayor lejanía geográfica en el Departamento de Chontales, y es el que más partos atiende, ya que da asistencia a partos de mujeres de otros municipios vecinos. Los resultados de esta investigación serán beneficios para realizar intervenciones que mejoren la calidad de la atención de las pacientes y prevenir complicaciones que pueden ser fatales en un determinado momento.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos como Nicaragua.<sup>10</sup>

Según datos del Ministerio de Salud, en el departamento de Chontales se presentó un caso de muerte materna en el año 2017, dicha muerte fue en una púérpera con varios factores de riesgo, de los cuales, si se hubiese influenciado sobre ellos, la paciente no hubiera fallecido. Aunque solo fue un caso, este es similar a varios casos se suceden en las unidades de salud del departamento, donde a diario se presentaron complicaciones obstétricas. Por tal razón, se decide realizar este estudio, planteando la siguiente pregunta:

¿Cuál fue la prevalencia y que factores se asocian a las complicaciones obstétricas en las embarazadas con parto vaginal atendidas en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa del municipio El Ayote, Chontales en el año 2017?

## **V. OBJETIVOS**

### **General:**

Determinar la prevalencia y los factores asociados a las complicaciones obstétricas en pacientes de partos vaginales atendidos en el Centro de Salud Adrián Amaya Samayoa en el año 2017.

### **Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Estimar la prevalencia de las complicaciones obstétricas de las pacientes.
3. Determinar los factores socio-demográficos asociados a complicaciones obstétricas en las pacientes.
4. Establecer los factores obstétricos asociados a complicaciones obstétricas en pacientes.

## VI. MARCO TEÓRICO

### Complicación

Se considera a la presencia de un estado no deseado y / o inesperado en la evolución prevista. Las complicaciones maternas dependiendo del momento en que se presenten se pueden clasificar mediatas, inmediatas y tardías.<sup>11</sup>

La muerte materna durante el puerperio equivale al 57% del total de las muertes; continúa siendo elevada la domiciliar; a expensas principalmente por hemorragia; por ello se deberá de continuar haciendo esfuerzos mediante la atención de calidad del puerperio en la atención institucional y el trabajo con la comunidad en la atención domiciliar para disminuir la frecuencia de muerte materna durante este período.<sup>12</sup>

Es de vital importancia los cuidados brindados a la mujer durante este período de transformaciones progresivas posteriores al parto y garantizar la realización de actividades básicas que permitan disminuir las situaciones inconvenientes que sean peligrosos para su salud y la de su hijo (a).<sup>13</sup>

### Definiciones

**Puerperio normal o fisiológico** es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial, a excepción de la glándula mamaria pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. El período del puerperio se extiende hasta los 60 días.<sup>14</sup>

Para métodos del estudio actual; teniendo en cuenta el tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en<sup>14</sup>:

- 1) Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

- 2) Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

### **Clasificación:**

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en<sup>14</sup>:

- Inmediato (primeras 24 horas).
- Propiamente dicho (2do al 10mo día).
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza con la menstruación).
- Tardío (45avo al 60avo día).

### **Complicaciones**

#### **Las hemorragias posparto (HPP)<sup>15-18</sup>**

Ocupan el primer lugar como causa de muerte prematura materna en el mundo, siendo más evidente en los países en vía de desarrollo, pero con una tendencia en el aumento de mortalidad materna en los países desarrollados, la hemorragia uterina posparto ocurre en las primeras veinticuatro horas y hasta las doce semanas de puerperio; y se define como la pérdida sanguínea en un parto vaginal mayor de 500 ml y en los casos de nacimiento por cesárea mayor a 1000 ml. Las causas más comunes son: alteraciones en el lecho placentario, traumatismos en el tracto genital, y sus estructuras adyacentes. También se puede definir como la disminución en el valor del hematocrito de 10%.

En la práctica la subestimación de la pérdida de sangre después del parto es común, situación que contribuye a errores en el cálculo de pérdida de sangre en mujeres gestantes sanas hasta de un litro en un episodio agudo, sin percibirse descenso en la hemoglobina o cambios hemodinámicas significativos; por lo tanto,

otra definición de HPP, es la pérdida de sangre suficiente para causar hipovolemia y necesidad de transfusión de productos sanguíneos (Independientemente de la vía del parto).

En consecuencia, la HPP puede producirse en el 4% de los partos vaginales y hasta el 6% de cesáreas en los países desarrollados. La hemorragia posparto es un evento que se presenta aun sin factores de riesgo previos.

### **Los factores de riesgo para la hemorragia posparto**<sup>19,20</sup>

En la población de estudio están relacionados con las complicaciones en la segunda y tercera etapa del parto. Otros factores asociados a hemorragias posparto son: edad materna (mayor de 35 años) aunque no esa claro el impacto en las tasas de HPP, pero si es un factor de riesgo asociado a histerectomía y hemorragia periparto; los partos por cesárea se asocian a implantaciones anormales de placenta, hemorragias e histerectomías; uso de infusión de oxitocina para inducción del parto; peso al nacer; trabajo de parto mayor a 12 horas, a expensas de la tercera etapa del trabajo de parto; cirugía uterina; cesárea anteriores; antecedentes de hemorragia posparto; raza hispana; bajos ingresos, anemia entre la semana 24 y 29 y previa al nacimiento; alteraciones de la coagulación; partos vaginales instrumentados; traumas perineales y atonía uterina siendo esta, la causa de hemorragia en un 70% en las mujeres en los países de bajos ingresos y el 50% en las mujeres en posparto en los países en desarrollo. La atonía uterina en el cuadro clínico es seguida de las alteraciones del fibrinógeno.

Soza y colaboradores, después de una revisión sistemática de 396 publicaciones y análisis de 46 estudios, finalmente concluyeron que la causa de la HPP es la combinación de cuatro eventos a saber: atonía uterina posparto, retención de membranas, placenta o coágulos, trauma del tracto genital y anomalías de la coagulación.<sup>20</sup>

### **Hipertensión arterial inducida por la gestación, durante el puerperio<sup>21</sup>**

Una evolución esperada del puerperio en una madre incluye el regreso de los valores de tensión arterial a niveles habituales, alrededor de la semana doce de esta etapa; pero puede darse el caso que no suceda así y se constituya en causa de morbilidad y mortalidad materna durante el posparto. Para recordar la hipertensión inducida por la gestación se define como: niveles de presión arterial sistólica mayor de 139 mmHg y presión diastólica superior a 89 mmHg, acompañada de niveles de proteinuria superiores a 300 mg en 24 horas, que a su vez desencadenan estados críticos en la madre, denominado eclampsia que se caracteriza por las convulsiones. Siendo ésta una situación de salud que afecta la mujer desde la gestación, parto y puerperio, además de la eclampsia, puede presentar otros eventos asociados no menos críticos como síndrome Hellp, enfermedades, renales y cardiovasculares, donde se considera que si la mujer presenta pre-eclampsia antes de la semana 37 de la gestación corre el riesgo 8 veces más de morir de enfermedad cardiovascular y 5 veces más de padecer enfermedad coronaria, en comparación con mujeres gestantes normotensas, sin olvidar que si ésta inicia desde la gestación, genera nacimientos prematuros o bajo peso al nacer.

### **Sepsis puerperal<sup>22-24</sup>**

El otro evento de salud que compromete la vida de las madres durante el puerperio es la sepsis y está ubicada dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad evitable; de acuerdo a las estadísticas de la OMS afecta alrededor del 15% de la población; se calcula que ocurren aproximadamente 75.000 muertes maternas por año en países en desarrollo; adicionalmente es una situación en muchas ocasiones difícil de superar debido a que ocasiona infertilidad. La mayoría de las infecciones postparto tienen lugar después del alta hospitalaria, que generalmente es de 24 horas después del parto, son causadas casi siempre por estreptococos del grupo A se presentan dentro de las 2 primeras semanas posparto y puede llegar a extenderse a 42 días. Las principales causas

prevenibles son las infecciones de la herida, mastitis, infecciones del tracto urinario, tromboflebitis séptica, endometritis y se presentan tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Entre los factores que ocasionan la sepsis están; partos en el hogar en condiciones poco higiénicas, bajo nivel socioeconómico, deficiente alimentación, primiparidad, anemia, mujeres inmunosuprimidas, ruptura prematura de membranas, parto prolongado, cesárea como en el caso de las mujeres con VIH ya que la morbilidad está asociada más a esta y no a la patología como tal; maniobras obstétricas, permanentes tactos vaginales, retención de la placenta.

### **Trastornos emocionales<sup>25,26</sup>**

La depresión posparto (PPD) es una enfermedad grave que afecta aproximadamente el 13% de las nuevas madres a nivel mundial, inicia alrededor de las cuatro semanas posteriores al parto afectando no solo a la madre sino al hijo y familia. Las causas pueden ser de tipo orgánico, hereditarios, sociales, económicos, religiosos, experiencias negativas de la niñez, antecedentes familiares de trastornos de ansiedad, etc. Sus síntomas incluyen, irritabilidad, llanto frecuente, sentimientos de impotencia y desesperanza, falta de energía y motivación, desinterés en las relaciones sexuales, trastornos de la alimentación y el sueño. Estos están relacionados con la inseguridad de la madre y el apego al recién nacido donde se produce la interrupción temprana de la lactancia materna lo que puede ocasionar el cólico infantil; cabe resaltar que es una situación de salud pública que afecta a un gran porcentaje de las mujeres en el periodo posparto. En el puerperio las mujeres primíparas presentan cambios emocionales los cuales aumentan el estrés y la ansiedad debido a manifestaciones neonatales como irritabilidad, problemas gastrointestinales, produciendo consecuencias para la madre como baja autoestima, disminución en la calidad de sueño y reducción de la lactancia materna; debido a alteraciones en la prolactina. Las mujeres con depresión posparto presentan menor calidad en el sueño nocturno debido a que el recién nacido requiere de lactancia materna incrementando así la ansiedad.

### **Patología vascular del puerperio<sup>18,26</sup>**

Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos. Por su gravedad van a constituir una de las principales complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, representando una de las principales causas de mortalidad materna. Debido a la escasez de estudios clínicos prospectivos, randomizados, no existe una clara evidencia clínica que soporte la eficacia y seguridad de las diferentes pautas de tratamiento en esta patología. La verdadera incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) y de trombo-embolismo pulmonar (TEP) es de entre un 0,26-0,7%. Los factores asociados a un mayor riesgo de TVP son la paridad, cesárea, presencia de varices, edad mayor de 35 años, antecedentes familiares y personales de enfermedad tromboembólica y trombofilia. En estos casos está indicada la profilaxis antitrombótica. Tiene diferentes formas clínicas, siendo la más banal la flebitis superficial, que se manifiesta por dolor, eritema en un tracto venoso superficial con cordón palpable y aumento de la temperatura local.

### **Otras patologías puerperales<sup>18,26</sup>**

Existen varios cuadros clínicos poco frecuentes en el postparto como la tiroiditis postparto, el síndrome de Sheehan, o la miocardiopatía periparto. La tiroiditis postparto se produce por una inflamación de origen autoinmune de la tiroides sobre una tiroiditis crónica subyacente. Aparece 1-6 meses tras el parto. En el 90 % de los casos se produce una resolución paulatina a los 4-6 meses. Primero hay una fase de tirotoxicosis con destrucción de la glándula que origina liberación de hormona tiroidea 1-2 meses tras el parto, es autolimitada. Después hay una fase de hipotiroidismo a los 4-6 meses tras el parto, donde es frecuente la depresión. La mayoría de los casos no requieren tratamiento; éste se indicará según la clínica y no en base a los valores hormonales.

### **Factor de riesgo:**

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo asociados a complicaciones puerperales permitirían estratificar desde antes o al inicio del embarazo, a las pacientes con alta posibilidad de complicaciones, no solo en el aspecto obstétrico y perinatal, sino también de complicaciones médicas relacionadas con el parto.<sup>17</sup>

Es de vital prioridad identificarlos y tenerlos presentes para acción oportuna antes de producirse el daño y dependiendo de la situación, implementación de procedimientos diagnósticos al alcance, de esta manera en gran parte de los casos disponer de terapéutica que evite o minimice la posibilidad de una hemorragia del puerperio inmediato comprometiendo la vida de la madre y el producto. Es de gran importancia resaltar la función que juegan las enfermedades crónicas en las madres. Refiriéndonos a anemia previo al embarazo, lupus-eritematoso, diabetes-mellitus e hipertensión arterial. Por otra parte, la edad materna antes de los 35 años ha sido un gran factor protector el cual se ha implementado en países del 1er mundo.

Entre estos tenemos:

- 1) Los factores de riesgo sociodemográficos que incluyen<sup>17</sup>:
  - La edad ya que los extremos de la vida son más vulnerables a presentaciones de complicaciones.
  - El nivel sociocultural bajo, entre los que incluye el grado de instrucción y ocupación, se relaciona con mayor morbilidad debido a que está asociado a la calidad y accesibilidad a los servicios de salud.
  - Estilos de vida nocivos como son el tabaquismo que puede ocasionar un retardo del crecimiento intrauterino, alcoholismo y consumo de drogas como problemas sociales que se relaciona con morbilidad fetal por ejemplo que el feto sea de muy bajo peso.

- 2) Los factores de riesgo relacionado al estado obstétrico incluyen la paridad, antecedente de aborto, cesárea o parto anterior ya que a medida que se incrementa el número de gestas en una mujer aumenta el riesgo de presentar algún tipo de complicaciones pos-parto.<sup>17</sup>

Otros factores de riesgo que se describen a continuación están relacionados con el efecto que pueden producir en el periodo del post parto: sepsis o hemorragia.<sup>17</sup>

**Tabla 1.**

**Causas de Hemorragia**

<b><i>Antenatales</i></b>	
Anemia. Várices maternas. Macrosomía. Polihidramnios. Síndrome Hipertensivo Gestacional. Embarazo gemelar. Miomatosis Uterina.	Antecedentes de Coagulopatías (Púrpura Trombocitopénica) Ruptura Prematura de Membranas mayor de 6 horas (RPM) Inserción anormal de placenta. Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia previo al parto
<b><i>Antes de la expulsión de la placenta</i></b>	
Aumento en la frecuencia de tactos vaginales durante la atención del parto (más de cuatro). Parto Prolongado.	Retención de placenta. Laceraciones del útero y canal del parto (desgarro o rotura uterina, desgarro cervical, desgarro vaginal y perineal).
<b><i>Después de la expulsión de la placenta</i></b>	
Hipotonía o atonía uterina. Retención de restos placentarios o membranas. Laceraciones del canal del parto.	Coagulopatía materna. Rotura uterina. Inversión Uterina.

## Tabla 2

### Causas de Sepsis:

- Estados deficitarios maternos: Anemia, inmunosupresión, hemorragia.
- Aborto inducido en condiciones no seguras.
- Parto domiciliario.
- La rotura prematura de membranas.
- Múltiples tactos vaginales.
- Falta de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia. Parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos: Trabajo de parto prolongado, retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto, extracción manual de la placenta.
- Infección de vías urinarias.

### Factores Sociodemográficos<sup>26-29</sup>

**Edad Materna:** Debemos de tener en cuenta que en los extremos de la vida reproductiva el proceso tanto del embarazo como el parto son causales de patologías perinatales. Por lo cual es un factor preocupante para el personal de salud. Con el transcurso del tiempo han ido variando los intervalos de los límites de edad son muchos los autores que consideran a la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años como factor de riesgo e inclusive hay estudios que demuestran la incidencia de parto pretérmino en esta población es de 8,9.

**Estado civil:** El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino.

**Nivel de instrucción:** El bajo nivel cultural está asociado a parto pretérmino porque la asociación que tiene con el nivel bajo económico siendo dependiente el uno del otro.

## **Antecedentes Obstétricos**<sup>26,29</sup>

**Control Prenatal:** El control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente.

**Número de Paridad:** Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. A su vez se subdivide en Nulípara: No tuvo ningún parto, Primípara: Solo tuvo 1 parto, Multíparas: Mujer que ha presentado 2 o más partos y Gran Multípara: Mujer con 5 partos a más.

**Embarazo múltiple:** Constituye uno de los riesgos más elevados de la prematuridad. Casi la mitad de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, culminan antes de llegar a las 37 semanas, por lo cual su duración promedio es más corta cuanto el número de fetos que crecen en el útero en forma simultánea es mayor (36 semanas para los gemelares, 33 semanas para los triples y 31 semanas para los cuádruples). Se debe de tener en cuenta que en el embarazo múltiple se produce una sobre-distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación por lo cual causa parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y de los puentes de unión entre ellas, activaría los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical.

## **Factores patológicos**<sup>23, 26-29</sup>

**Pre eclampsia:** Se debe de tener presente que las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de muerte materna en el Perú, lo cual la convierte en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal.

**Diabetes Gestacional:** Con o sin DPPNI y con o sin RCIU, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: edema vellositario, inmadurez vellositaria, maduración vellositaria retardada, infarto vellositario, hematoma retro placentario, hemorragia sub-coriónica y corangiosis.

**Infección urinaria:** La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática, la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbi-mortalidad elevada a nivel materno y fetal.

**Diversas modificaciones anatómicas y fisiológicas** parecen predisponer a esta alta frecuencia, siendo las más importantes la dilatación útero-pélvica (hidro-ureteronefrosis fisiológica), producto de la inhibición del tono uretral por acción de la progesterona y prostaglandinas, y, la obstrucción parcial del uréter por el útero grávido. Entre las modificaciones fisiológicas, la más importante es el aumento de la filtración glomerular, que determina presencia de glucosa en orina, lo que favorece la presencia de gérmenes. Este proceso influye de manera negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está comprobado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un aumento de la incidencia de amenaza de parto pretérmino. El paso del germen o las toxinas al compartimento fetal, o la consecuencia materna del proceso de infección, sobre todo cuando hay afectación hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa de forma negativa sobre el desarrollo del embarazo. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. coli, kliebsiela, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptoeoccus, en este último es imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina. Existen múltiples factores de riesgo para adquirir estas infecciones, además de las condiciones de gravidez, entre estos se

encuentran: edad del paciente, número de gesta, vida sexual activa y edad gestacional. En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto. Las contracciones uterinas son inducidas por citoquinas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos.

**Amenaza de Parto Pretérmino:** Este factor implica el inicio de un trabajo de Parto (dolores de parto) antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto Prematuro. Si esto ocurre antes de la semana 20 estamos en presencia de aborto o amenaza de aborto; esta situación es muy diferente al parto Prematuro.

**Anemia:** Se entiende por anemia cuando los valores de hemoglobina son  $\leq 11$  g/Dl en la gestante durante el embarazo según la definición de la OMS. Es una de las primeras causas de discapacidad en el mundo por lo cual, uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a la diferencia en las condiciones socioeconómicas, según estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud de 28 las diferentes culturas. La anemia suele afectar a casi la mitad de todas las embarazadas del mundo. La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a todas las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por falta de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor.

Entre los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por falta de hierro tenemos el bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndrome de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas.

**Rotura prematura de membranas:** Se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corio-amniótica antes del inicio del trabajo de parto. Fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pre término.

**Desprendimiento prematuro de placenta:** La metrorragia del embarazo, por desprendimiento de placenta prematura es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado no asociado con desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. El DPP se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. En nuestro medio (nacional), la incidencia aproximada del DPP es 1/300 embarazos, pero varía substancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### Tipo de estudio

Estudio transversal analítico

### Área de estudio

Centro de salud Adrián Amaya Samayoa ubicado en el municipio de El Ayote, en el Departamento de Chontales, perteneciente al mismo SILAIS Chontales.

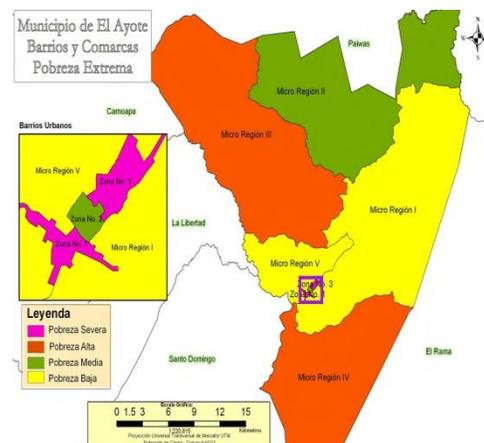
Municipio El Ayote está ubicado geográficamente en la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur (RACCS), pero administrativamente es atendido por el Departamento de Chontales, debido a la cercanía con la cabecera departamental Juigalpa.

Población: 17,740 habitantes para el año 2018

Extensión: 825 km<sup>2</sup>

Límites geográficos:

- Sur-Municipio El Rama
- Este-Municipio El Tortuguero
- Norte- Municipio de Paiwas
- Oeste-Bocana de Paiwas y Camoapa



El centro de salud Adrián Amaya Samayoa Ubicado en el Municipio El Ayote, departamento de Chontales, cuenta con una fuerza laboral de 43 trabajadores, 1 director municipal, 1 médico general, 7 médicos en servicios social, 5 licenciados en enfermería, 7 licenciados de enfermería en servicio social, 7 enfermeros MOSAFC, área de recursos humanos y administración, higienista, epidemiólogo, ETV, PAI, odontología, ultrasonido básico, laboratorio, estadística y admisión, sala de labor y parto, clínica de medicina natural, farmacia, UAF, sala de emergencia y consulta externa; está dividido en 8 sectores 1 urbano y 7 rurales que cubren las 29 comarcas del municipio.

### **Tiempo de estudio**

En el período comprendido del 01 de enero a 31 de diciembre del años 2017.

### **Universo**

Son las 224 pacientes que se les atendió su parto vaginal en el área de estudio en el período de estudio.

### **Muestra.**

Serán las 141 pacientes, las cuales se obtiene utilizando el programa epi-info stalcal versión 7, tomando en consideración los siguientes parámetros: intervalo de confianza al 95%, el error sistemático del 5%, y una frecuencia esperada del 50% como estándar. Se realizará un muestreo por conveniencia ya que se revisarán los expedientes según el momento de entrega del expediente por parte de estadística de la unidad de salud.

### **Criterios de inclusión**

- Paciente con parto vaginal atendido en el centro de salud Adrián Amaya en el período de estudio que presento una complicación.

### **Criterios de exclusión**

- Expediente incompleto para el cumplimiento de los objetivos.
- Parto atendido en la comunidad

### **Fuente de información**

Será de tipo secundaria, ya que se revisarán los expedientes de las pacientes por medio de una ficha de recolección de datos.

### **Procedimiento de Recolección de datos**

Previa autorización de la Dirección Municipal del Ministerio de Salud (MINSA) y el responsable del área de docencia de esta unidad de salud, se procederá a la búsqueda de la población de estudio en el área de Admisión y Estadística, para la revisión de los expedientes clínicos de los partos atendidos en el periodo en estudio y que cumplan con los criterios de inclusión en el estudio: partograma, historia clínica perinatal base (HCPB) y hoja de atención del parto, la información se recogerá en una "Ficha de Recolección de Datos". Los datos se obtendrán de los registrado en el expediente clínico, el cual contiene el partograma, la hoja escrita de la atención del parto, y la ficha de la historia clínica perinatal base (HCPB); estos se encuentran en el área de Admisión y Estadística del Centro de del municipio El Ayote, y que fue atendido en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

### **Procesamiento y Análisis de datos:**

Los datos revisados y corregidos serán procesados en una base de datos realizada en SPSS versión 22 para ser preparados y presentados en tablas y gráficos para facilitar el análisis. Se realizará un análisis univariado para variables sociodemográficas en el primer objetivo. Se realizará un análisis bivariado para la determinación de factores asociados. Se determinará la razón de prevalencia, el índice de confiabilidad al 95% y el valor de P para significancia estadística. Se estimarán medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas.

### **Aspectos éticos**

Se solicitará autorización a las autoridades de la unidad de salud, se respetará la información obtenida en los expedientes. Esta solo se utilizará para fines académicos.

## Operacionalización de Variables

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Tipo de Variable	Escala
Factores Socio-demográficos y obstétricos	Edad materna	Tiempo de vida en años cumplidos del Paciente	Cuantitativa	<20 20-34 35 a mas
	Procedencia	Origen, principio del que algo procede	Cualitativo	Urbano Rural
	Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativo	Soltera Casada Unión de hecho
	Grado académico	Grado de escolaridad	Cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	Paridad	Número total de partos de un feto viable vivo o muerto	Cualitativa	Primípara Multípara Gran-multípara
	Antecedente de aborto	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo	Cualitativa	Si No
	Número de Controles prenatales	Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.	Cuantitativo	#
	Parto anterior	Antecedentes de expulsión completa del organismo materno, del Feto de la concepción.	Cualitativa	Si No
	Edad gestacional al momento del nacimiento	Tiempo de embarazo de la gestante desde la fecha de última regla o por medio de ecografía	Cuantitativa	<37 ≥42

	Peso del producto al nacer	Se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento.	Cuantitativo	≤ 2500gr ≥ 4000gr
	Enfermedades obstétricas	Manifestación patológica que puede ocurrir en el Embarazo	Cualitativa	Si No
	Antecedente patológicos Personales no obstétricos	Actividades que realiza la paciente en su embarazo y que pueden causar o no secuelas a nivel obstétrico.	Cualitativo	Si No
	Partograma	Un partograma es una representación visual grafica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.	Cualitativo	Si No
	Bajo nivel de atención	Parto atendido por enfermería, sin tener la presencia de un médico general o servicio social	Cualitativa	Si No
Complicaciones	Complicaciones de parto vaginal	Estado inesperado de la evolución de parto vaginal	Cualitativa	Si No

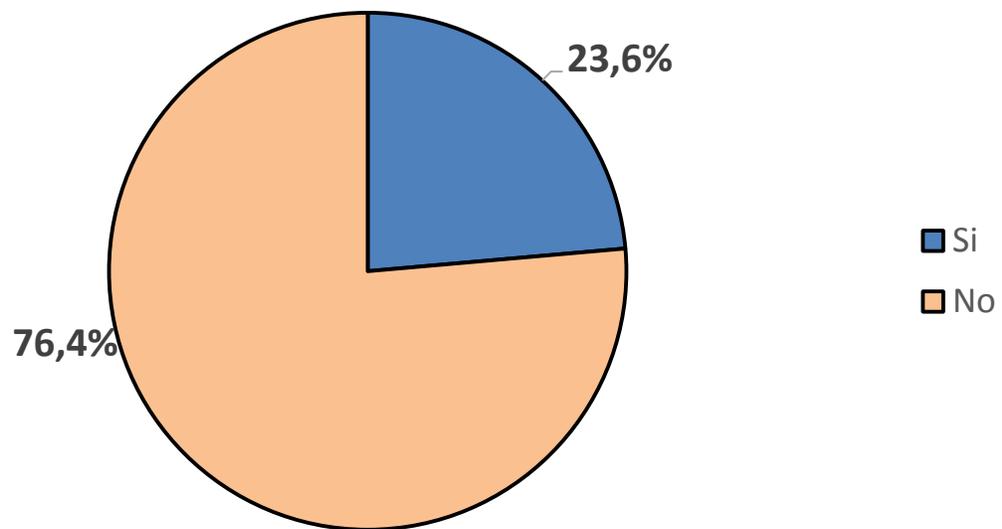
## VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal analítico, con el propósito de determinar la prevalencia de las principales complicaciones obstétricas que sufrieron las gestantes atendidas en el Centro de Salud Adrián Amaya Samayoa ubicado en el municipio El Ayote, Chontales en el período comprendido del 01 de enero a 30 de diciembre 2017. Así mismo, se estudiaron los factores que asociaron a las complicaciones identificadas, se estudiaron un total de 140 embarazadas, en esta sección se muestran los resultados.

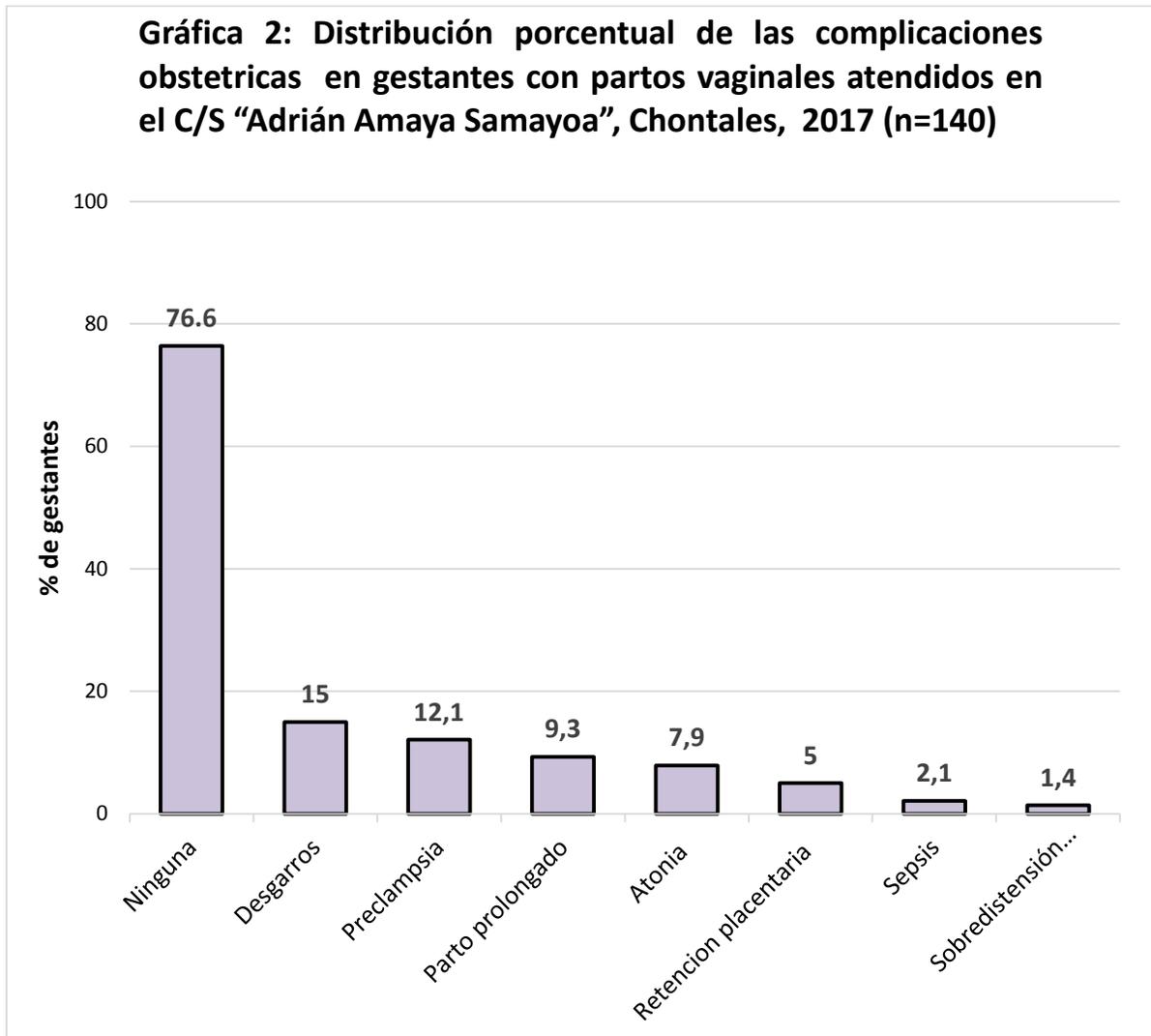
<b>Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las gestantes en estudio, C/S Adrián Amaya, Chontales, 2017 (n=140)</b>		
<b>Variable</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Grupo etario</b>		
• < de 18 años	38	27,1
• 19 a 35 años	86	61,4
• > de 35 años	16	11,4
<b>Procedencia</b>		
• Rural	79	56,4
• Urbana	61	43,6
<b>Estado civil</b>		
• Soltera	41	29,3
• Casada	29	20,7
• Unión estable	70	50
<b>Escolaridad</b>		
• Analfabeta	03	2,1
• Primaria	76	53,9
• Secundaria	46	32,6
• Superior	16	11,3
<b>Ocupación</b>		
• Estudiante	08	5,7
• Comerciante	13	9,3
• Ama de casa	93	66,4
• Profesional	14	10
• Obrera	12	8,6

La tabla 1, muestra las principales características sociodemográficas de las gestantes, donde predominó la edad de 19 a 35 años con un 61,4%, la procedencia rural con 56,4%, la unión estable con un 50%, la educación primaria con un 53,9%, y ser ama de casa con 66,4%.

**Gráfica 1: Prevalencia de las complicaciones obstetricas en gestantes con partos vaginales atendidos en el C/S "Adrián Amaya Samayoa", Chontales, 2017 (n=140)**



La gráfica 1, muestra el porcentaje de las complicaciones obstétricas en las gestantes en estudio el cual fue del 23,6% (33).



En la gráfica 2, se observa la distribución en la población según las complicaciones, un 76,4% no presentaron complicaciones. Entre las complicaciones presentadas, predominaron los desgarros con un 15%, seguidos de la preclampsia con 12,1% y el parto prolongado con 9,3%. Cabe mencionar que algunos pacientes tenían 2 o más complicaciones respectivamente.

**Tabla 2: "Factores sociodemográficos asociados de las complicaciones obstétricas en gestantes con partos vaginales atendidos en el C/S "Adrián Amaya Samayoa", Chontales, 2017 (n=140)**

Factor	Complicaciones		Total	RP	IC95%	Valor P
	Si	No				
< 18 y > 35 años 19 a 35 años	13	41	54	1.0	0.4-2.3	0.912
	20	66	86			
Rural Urbana	19	60	79	1.0	0.4-2.3	0.838
	14	48	62			
Sin cónyuge Con cónyuge	19	92	111	0.1	0.1-0.5	0.00
	14	15	29			
Bajo nivel educativo Si No	19	60	79	1.0	0.4-2.3	0.87
	14	47	61			
Ama de casa Si	18	75	93	0.5	0.2-1.1	0.09
Trabaja No	15	32	47			

La tabla 2, muestra que la edad menor de 18 años, la edad mayor de 35 años, la procedencia rural, el no tener cónyuge, el bajo nivel educativo, y ser ama de casa no tienen asociación con las complicaciones obstétricas en esta población.

**Tabla 3: "Factores asociados de las complicaciones obstétricas en gestantes con partos vaginales atendidos en el C/S "Adrián Amaya Samayoa", Chontales, 2017 (n=140)**

Factor	Complicaciones		Total	RP	IC 95%	Valor P
	Si	No				
Ant Preclampsia Si No	27	57	84	3.0	1.3-6.7	0.03
	06	50	56			
IMC > 30 Si No	08	13	21	1.8	0.98-3.4	0.08
	25	94	119			
Antecedente de Aborto Si No	06	15	10	1.2	0.5-2.6	0.55
	27	92	97			
Diabetes Si No	09	04	13	3.7	2.1-6	0.00
	24	103	127			

La tabla 3, muestra que el antecedente de preclampsia (RP:3, IC95%: 1.3-6,7 P:0.03) y la presencia de diabetes mellitus (RP:3.7, IC95%: 2.1-6, P:0.00) se encuentran fuertemente asociados a la presencia de complicaciones obstétricas, lo cual ha sido estadísticamente significativo.

**Tabla 4: "Factores asociados de las complicaciones obstétricas en gestantes con partos vaginales atendidos en el C/S "Adrián Amaya Samayoa", Chontales, 2017 (n=140)**

Factor	Complicaciones		Total	RP	IC95%	Valor P	
	Si	No					
Infección urinaria	Si	22	47	69	<b>2</b>	<b>1.1-3.9</b>	<b>0.02</b>
	No	11	60				
Menor de 3 CPN	Si	02	07	09	0.9	0.2-3.3	0.92
	No	31	100				
Nulipara	Si	12	38	50	1.2	0.5-1.9	0.92
	No	21	69				
IVSA menor de 16	Si	10	17	27	1.8	0.9-3.3	0.06
	No	23	90				
Multipara	Si	09	20	29	1.4	0.7-2.7	0.28
	No	24	87				
Infección vaginal	Si	13	61	74	0.5	0.-1.0	0.07
	No	20	46				
Talla baja	Si	04	11	15	1.1	0.4-2.8	0.76
	No	29	96				
Anemia	Si	04	03	07	<b>4.7</b>	<b>1.1-22</b>	<b>0.03</b>
	No	29	104				
Captación tardía	Si	04	12	16	1.0	0.3-2.6	0.88
	No	29	95				
Recièn Nacido ≥ 4000 g		13	40	53	1.0	0.4-2.4	0.835
Recièn Nacido Peso < 4000 g		20	67	87			
Partograma inadecuado		10	35	45	0.8	0.3-2.0	0.796
Partograma adecuado		23	72	95			
Atención x médico social		27	74	101	<b>2</b>	0.7-5.3	0.156
Atención x médico general		06	33	39			
Hora del parto	Noche	20	58	78	1.3	0.5-2.8	0.51
	Día	13	49				
Fin de semana		14	22	36	<b>2.8</b>	<b>1.2-6.5</b>	<b>0.01</b>
Día de semana		19	85	104			

En la tabla 4, se observa que la presencia de infección urinaria (RP:2 IC95%: 1.1-3.9, P:0.02), la presencia de anemia (RP:4.7, IC95%: 1.1-22, P:0.03) y el parto atendido en los fines de semana (RP:2.8, IC95%: 1.2-6.5, P:0.01) tienen una asociación estadística con la presencia de complicaciones obstétricas, lo cual ha sido significativamente estadístico.

## IX. **DISCUSIÓN**

Las complicaciones obstétricas observadas en las gestantes que tuvieron partos vaginales en el centro de salud Adrián Amaya Samayoa del municipio de Chontales en el 2017 fue del 23,6%. Siendo la primera vez que se realiza un estudio similar en dicha unidad, no se contó con un dato de comparación para analizar si en años anteriores era superior o inferior a lo determinado en este estudio.

Entre las complicaciones en los 140 partos vaginales atendidos predominaron la hemorragia postparto por desgarros vaginales en los dos primeros grados, siendo mayor los de primer grado que implicaron lesiones en la piel del perineo y en el tejido vaginal. Se observaron algunos casos de desgarros de segundo grado, sin obtener mayor complicación que fueron reparadas en el mismo centro. Esta complicación se observó mayormente en edades menor de 19 a 35 años, nulíparas las cuales no tenían experiencia del parto. Este concuerda con un estudio en Perú donde se menciona que las primigestas presentaron mayor asiduidad de desgarros de primer grado con un 62,5%; y con respecto a la edad el más importante porcentaje ocurrió en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7%.<sup>30</sup> Esto puede deberse a la mayor cantidad de mujeres que tienen el inicio de vida sexual activa temprano, o la ausencia de preparación de Psicoprofilaxis en el control prenatal que reciben las gestantes.

En segundo lugar, de complicaciones observadas en la población de estudio fue la preclampsia moderada con un 12,1%, esto concuerda con lo reportado en un estudio regional de epidemiología de la preclampsia donde la mencionan con un porcentaje del 12%.<sup>31</sup> Solo estudios como el de Ananth<sup>32</sup> menciona prevalencias más bajas, por ejemplo un estudio en Carolina del Norte con una prevalencia del 3,6% y Ostlund en Suecia<sup>33</sup>, con una prevalencia del 2,4%.

Otras complicaciones como el parto prolongado y la atonía, en la mayoría de las ocasiones se presentan conjuntamente, es lo que reportan estudios de complicaciones obstétricas por diversos autores.<sup>7,9</sup> La sepsis fue observada en un 2,1%; cifra menor a lo reportado por Núñez<sup>34</sup> en un estudio en el Ecuador donde menciona una prevalencia del 4,2% relacionado con la realización de más de 4 tactos vaginales en labor de parto, en este estudio no fue posible la relación con el número de tactos por la falta de documentación en los expedientes clínicos sobre los tactos vaginales realizados.

De los factores sociodemográficos que se asociaron a las complicaciones obstetricas no se encontró asociación ni significancia estadística en esta población. De los factores ginecobstetricos que se asociaron a la presencia de complicaciones obstétricas se encontró significativamente estadístico el antecedente de preclampsia, la presencia de diabetes mellitus, la presencia de infección urinaria, la presencia de anemia y a la hora de atención al parto. En este estudio se estudiaron tres variables que rara vez se estudian en estudios anteriores, las cuales fueron el tipo de médico que atendió (médico social vs médico general), la hora de atención del parto (noche vs día), y el día de la semana de atención al parto (día semanal vs fin de semana). Esto con el propósito de determinar si factores propios de la atención tiene alguna relación estadística del surgimiento de las complicaciones obstétricas en esta población. De ello, surgirían nuevas estrategias que disminuyan la prevalencia de las complicaciones.

En este estudio factores de interés como la obesidad no resultaron significativos, a diferencia de otros estudios que refieren que la obesidad tiene tres veces más la probabilidad de padecer de preclampsia grave.<sup>35</sup> La obesidad pregestacional influye en los resultados maternos y perinatales y en el riesgo de preeclampsia-eclampsia, como lo destacan Suárez González y otros.<sup>33</sup> La diferencia de estos resultados probablemente se deben a que las gestantes en esta población no reflejan un IMC mayor de 30 debido a las características de las mujeres de la región.

Entre los factores significativos resultantes en el presente estudio fue el antecedente de preclampsia, donde está demostrado que su presencia aumenta casi 3 veces más la probabilidad de padecer la preclampsia grave. Este resultado coincide con estudios similares sobre una asociación significativa con el antecedente de preclampsia en el embarazo previo.<sup>36</sup> Los reportes existentes se han asociado con el antecedente de preclampsia en un embarazo previo con mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad. El riesgo de recurrencia varía dependiendo de la gravedad del cuadro de preclampsia previo, presentado antes del embarazo índice, reportándose de 25 a 65% en pacientes con preclampsia severa previa y de 5-7% en pacientes con preclampsia leve comparado con la frecuencia de menos de 1% en pacientes con un embarazo previo normoevolutivo.<sup>37</sup>

La diabetes mellitus se presenta como un factor con una fuerza alta de asociación en este estudio, lo cual es encontrado en diversos estudios<sup>7,8,30,32</sup>. Estudios como el de Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) se han llevado a cabo con el objetivo de clarificar el riesgo de desenlaces adversos asociados con varios grados de intolerancia a la glucosa materna. La International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG, Asociación Internacional de Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo) ha realizado estudios que asocian las complicaciones obstétricas y la diabetes mellitus. El estudio HAPO reportó un alto porcentaje de complicaciones maternas y perinatales de la diabetes mellitus gestacional o diabetes crónica.<sup>38</sup>

La anemia es otro factor asociado altamente significativo en este estudio, lo que coincide con un estudio actual realizado en Lima Perú donde se encontró que existe 4 veces más riesgo de presentar alguna complicación materno – fetal si la gestante presentara anemia, entre ellas la rotura prematura de membrana, hemorragia postparto, oligohidramnios y prematuridad.<sup>39</sup> La infección de vías urinarias es otro factor asociado en este estudio, es el factor más comúnmente asociado y reportado en la mayoría de investigaciones revisadas, es un predisponente de amenazas de parto pretérmino, de sepsis, y de otras complicaciones frecuentes en el madre y en el neonato.<sup>7-10, 30,31, 32</sup>

Un factor relevante significativamente estadístico encontrado en este estudio es el hecho de atender el parto por la noche. En una revisión de literatura exhaustiva tanto internacional o nacional no se encontró un estudio donde se abordasen factores como la hora, el día de atención o el médico que atiende el parto. Este estudio refleja que la hora por la noche influyó en el desarrollo de las complicaciones obstétricas en esta población. Este dato encontrando, por experiencia y logística del trabajo realizado en las unidades de salud por el personal médico nicaragüense, se destaca que la carga de trabajo de los médicos de atención primaria es mayor, con atención de muchos llegando a trabajar hasta altas horas de la noche en turno que conllevan a trabajo continuo de 36 horas, lo que puede reflejar problemas relacionados a la atención por la noche por el cansancio reflejado en el personal. Otra explicación puede ser que por la noche se encuentra en la mayoría de las unidades, médicos en formación y no médicos especializados o médicos titulados con experiencia mayor para evitar o resolver problemas de complicaciones obstétricas, así como se da la reducción del personal de enfermería de apoyo. Otro factor que se relaciona a esto, es el trabajo realizado por los médicos de servicio social, los cuales se asocian a las complicaciones obstétricas, pero sin reflejar significancia estadística. Esto debe valorarse en un estudio analítico donde sea mayor la muestra y en varias unidades para observar una comparación significativa y posterior tomar conclusiones que conlleven a nuevas estrategias en la atención al parto en las unidades de salud de Nicaragua.

Realizar un buen control prenatal permite identificar factores de riesgo y la aparición temprana de la enfermedad en pacientes embarazadas, principalmente en los grupos de mayor riesgo. En este trabajo, algunas variables en estudio no se analizar, ni se observan en las tablas de los resultados porque no presentaron su presencia en los casos, como el tabaquismo y el alcoholismo. Queda seguir observando el comportamiento de los factores de riesgo frecuentemente para valorar la continuidad de ellos a pesar de las estrategias promovidas por el ministerio de salud.

## X. **CONCLUSION**

- ❖ Entre las características sociodemográficas predominantes fueron la edad de 19 a 35 años, la procedencia rural, el estado civil de unión estable, la educación primaria y el ser ama de casa.
- ❖ La prevalencia de complicaciones obstétricas fue del 23,6%, donde predominó los desgarros y la preclampsia.
- ❖ Los factores obstétricos que se asociaron significativamente estadísticos fueron las complicaciones obstétricas fueron el antecedente de preclampsia, la diabetes mellitus, la infección de vías urinarias y la anemia.
- ❖ La atención al parto por las horas de la noche se asoció estadísticamente significativo a la presencia de complicaciones obstétricas en esta población.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Al personal de salud**

- ❖ Promover y realizar controles prenatales adecuados con énfasis en la captación de gestantes donde se le aborden los factores de riesgo encontrados previamente tomando los resultados de esta investigación.
- ❖ Identificar la presencia a de anemia y tratarlo farmacológicamente y con la promoción de una dieta rica en hierro, así como su respectivo control en los tres periodos del embarazo.
- ❖ Identificar y tratar la presencia de infección de vías urinarias, así como su respectivo control del examen general de orina en los tres periodos del embarazo.
- ❖ Manejar el control de la hiperglicemia en las gestantes ya sea con tratamiento y con medidas dietéticas en los tres períodos del embarazo. Así mismo con una valoración por especialista con sus respectivos exámenes de control.

### **A la universidad**

- ❖ Realizar estudios similares que identifiquen nuevos factores de riesgo que no sean han reportados en la literatura y se aborden con nuevas estrategias que disminuyan el surgimiento de complicaciones obstétricas.

## **XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Sanabria Fromherz, Z. E., & Fernández Arenas, C. Comportamiento patológico del puerperio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 330. 2011
2. Sanabria Fromherz & Fernández Arenas; Vanderkruik, Tunçalp, Chou, & Say, 2013.
3. Vanderkruik, R. C., Tunçalp, O., Chou, D., & Say, L. Framing maternal morbidity: WHO scoping exercise. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 213. doi: 10.1186/1471-2393-13-213. 2013
4. Republica de Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección general de Servicios de Salud; Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. 2014
5. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección del I Nivel de atención.; Normas Nacionales para el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo. 2015
6. Aguirre R, González Y, Helena M. Factores de riesgo de la infección puerperal. *Correo Científico Médico*, 16(2). 2012
7. López M, Sanabria F, Fernández C. Comportamiento patológico del puerperio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011. 37(3), 330-340.
8. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstetrics and gynecology* 2009 113(6), 1313.
9. Rodríguez E, Díaz N. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal: Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paiz. 2006. Tesis Monográfica, UNAN Managua. 2009
10. MINSA-Nicaragua. Comportamiento de la Mortalidad Materna en Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud. 2014
11. Selkis C. et al. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Rev. Cubana Med Trop* 2011;53(2):106-10

12. Vigil P y col. Atención del parto y Cesárea de Alto Riesgo y sus complicaciones. Edición 2012. Volumen III Capítulo 6, Página 60
13. Republica de Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección general de Servicios de Salud; Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.
14. Schwarcz R. Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Manual El Ateneo. España 2015.
15. Arulkumaran, N., & Singer, M. (2013). Puerperal sepsis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 27(6), 893-902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004
16. Buddeberg, B. S., & Aveling, W. (2015). Puerperal sepsis in the 21st century: progress, new challenges and the situation worldwide. *Postgrad Med J*, 91(1080), 572-578. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133475
17. Calvert, C., Thomas, S. L., Ronsmans, C., Wagner, K. S., Adler, A. J., & Filippi, V. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. 2012 *PLoS One*, 7(7), e41114. doi: 10.1371/journal.pone.0041114
18. Córdoba, L. Los Problemas después Del Parto: Infección Puerperal. 2011
19. Sanabria Fromherz, Z. E, Fernández Arenas, C. Comportamiento patológico del puerperio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2011 37(3), 330-340
20. Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Buekens, P. (2009). Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstetrics and gynecology*, 113(6), 1313.
21. MINSA-Nicaragua. Comportamiento de la Mortalidad Materna en Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud. 2014
22. Lapinsky, S. E. Obstetric infections. *Crit Care Clin*. 2013 29(3), 509-520. doi: 10.1016/j.ccc.2013.03.006
23. Loayza, S. S., & Ovalle, A. Infección puerperal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 42(4), 58-63. 2015
24. Trelles, J., Córdova, J. C., & Enders, R. G. Infecciones en ginecoobstetricia. Infecciones puerperales. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2015 26(1), 179-182.

25. Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* 2015, 18(1), 41-60. doi: 10.1007/s00737-014-0475-y
26. Fescina, R., De Mucio, B., Ortíz, E., & Jarquin, D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. 2012
27. Díaz D, Retureta S, Vega Y, Martínez Y, Hidalgo M, Hernández P. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. *MEDICIEGO* 2015; Vol.21 No.3.
28. Avalos C. Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra; tena 2008. [ Tesis Pregrado]. Riobamba-Ecuador: Escuela Superior Politécnica De Chimborazo Facultad De Salud Publica Escuela De Medicina; 2009.
29. Rivera J. Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de pasaje. [ Tesis PreGrado]. Loja-Ecuador: Universidad Nacional De Loja. Área De La Salud Humana. Carrera De Medicina Humana; 2016.
30. Córdova I. Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2016- Lima, Perú. 2017
31. Sánchez S. Epidemiology of preeclampsia: update. 2015
32. Ananth CV, Savitz DA, Bowes WA Jr. Hypertensive disorders of pregnancy and stillbirth in North Carolina, 1988 to 1991. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995 Nov;74(10):788- 93.
33. Ostlund I, Haglund B, Hanson U. Gestational diabetes and preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Mar 15;113(1):12-6.
34. Núñez F, Torres P. Infección puerperal en función de tactos vaginales realizados en mujeres en labor de parto en el hospital ginecobstetricos Isidro Ayora desde julio hasta diciembre del 2012. Quito, 2013
35. Alvarez V, Martos F. Overweight and obesity as risk factors in preeclampsia. *Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba.* Vol. 43, Núm. 2 (2017)

- 36.** Marañón CT. Estudio de algunos factores de riesgo de la Preclampsia-Eclampsia. Análisis multivariado. Rev Electrónica de Portales Médicos. [Internet] 2012 [citado 18 oct2018]; 22
- 37.** Campbell DM, MacGillivray I. Preeclampsia in second pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1985;92: 131
- 38.** Ríos W, García A, Ruano L, Espinosa M, Zárata A, Hernández M. Complicaciones obstétricas de la diabetes gestacional: criterios de la IADPSG y HAPO Volumen 28, Número 1 pp 27-32

# ANEXOS

**CENTRO DE SALUD ADRIAN AMAYA SAMAYOA  
MUNICIPIO EL AYOTE  
MINISTERIO DE SALUD - SILAIS CHONTALES**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**Nº de Ficha:** \_\_\_\_\_

**1. Edad:** \_\_\_\_\_ años

**2. Procedencia:** 1) Urbana: \_\_\_\_\_ 2) Rural: \_\_\_\_\_

**3. Estado Civil:** 1) Casada \_\_\_\_\_ 2) Soltera \_\_\_\_\_ 3) Unión de hecho \_\_\_\_\_

**4. Grado de Escolaridad:**

Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_

**5. Antecedentes Obstétricos personales:**

- **Parto Anterior:**

Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_

- **Paridad:**

Primípara \_\_\_\_\_ Multípara \_\_\_\_\_ Gran-multípara \_\_\_\_\_

- **Antecedentes de aborto:**

1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_

- **Edad gestacional al momento del nacimiento:**

1) Pretérmino \_\_\_\_\_ 2) A término \_\_\_\_\_ 3) Post-término \_\_\_\_\_

- **Peso del producto al nacer:**

1)  $\leq 2500\text{gr}$  \_\_\_\_\_ 2)  $\geq 4000\text{gr}$  \_\_\_\_\_

**6. Antecedentes de enfermedades medicas u obstétricas:**

1) Sí \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_

Cuales: \_\_\_\_\_

**7. Antecedentes Patológicos personales no obstétricos:**

Tabaco: 1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_

Drogas: 1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_

Alcohol: 1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_

**8.- Número de controles prenatales** \_\_\_\_\_

**9.- Parto atendido por:** Médico \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_

**10.- Uso del Partograma:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**11.- Complicaciones Obstétricas post-parto que se presentaron:**

Hipertensión gestacional	SI ___ NO___
Preeclampsia	SI ___ NO___
Eclampsia	SI ___ NO___
Tromboflebitis	SI ___ NO___
Fase expulsiva prolongada	SI ___ NO___
Complicaciones de la Episiotomía	SI ___ NO___
Desgarro vaginal de 2do grado o mayor	SI ___ NO___
Desgarro Cervicales	SI ___ NO___
Desgarro Perineales	SI ___ NO___
Hemorragia post-parto	SI ___ NO___
Shock hemorrágico de origen obstétrico	SI ___ NO___
Hipotonía Uterina o Atonía	SI ___ NO___
Retención Placentaria	SI ___ NO___
Acretismo Placentario	SI ___ NO___
Inversión Uterina	SI ___ NO___
Sepsis puerperal	SI ___ NO___
Mastitis	SI ___ NO___
Otras: _____	

## FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:** NOMBRE Y APELLIDOS, DOMICILIO, LOCALIDAD, TELEF., FECHA DE NACIMIENTO (año, mes, día), ETNIA (blanca, indígena, mestiza, negra, otra), ALFA BETA (no, si), ESTUDIOS (ninguno, primaria, secund, univers, años en el mayor nivel), ESTADOCIVIL (casado, unión estable, soltero, otro), Lugar del control prenatal, Lugar del parto/laborio, No. Identificación.

**ANTECEDENTES:** FAMILIARES (TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave), PERSONALES (genito-urinario, infertilidad, cardiopat., neoplasia, violencia, VIH+), OBSTETRICOS (gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, vivos, FIN EMBARAZO ANTERIOR, EMBARAZO PLANEADO, FRACASO METODO ANTICONCEP.), ULTIMO PREVIO (n/c, <2500g, normal, ≥4000g), 3 episodios consecutivos, emb. ectópico, partos, cesáreas, nacidos muertos, muertos 1º sem., después 1º sem., EMBARAZO PLANEADO (no, si), FRACASO METODO ANTICONCEP. (no, barrera, DIU, hormo, otro, natural).

**GESTACION ACTUAL:** PESO ANTERIOR (kg), IMC, TALLA (cm), EG CONFIABLE por FUM (Eco <20 s, no, si), FUM ACT. (1º, 2º, 3º trim), FUM PRS. (no, si), DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTIRUBECOLA (previa, no sobre embarazo), ANTITETANICA (vigente no, si), EX NORMAL (ODONT, MAMAS).

**LABORATORIOS:** CERVIK (Insp. Visual, PAP, COLP.), GRUPO (Rh, inmuniz., toxoplasmosis <20sem IgG, ≥20sem IgG, 1ª consulta IgM), Hb <20 sem, Hb ≥20 sem, VIH - Diag - Tratamiento, SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento, PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS (<24 sem, ≥24 sem), ESTREPTOCOCCO B (35-37 semanas), PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA, SIFILIS (Prueba, no, si, <20 sem, ≥20 sem).

**ATENCIONES PRENATALES:** día, mes, año, edad gest., peso (kg), P.A., altura uterina, presen. tación, FCF (ppm), movim. fetales, proli. huna, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, próxima cita.

**PARTO:** FECHA DE INGRESO (día, mes, año), CONSULTAS PRE-NATALES (Institucional, Domiciliar, Otras), HOSPITALIZ. en EMBARAZO (completo, incompleto, ninguna), CORTICOIDES ANTEMATALES (completo, incompleto, ninguna), INICIO (embarazo, inducido, otras elect.), RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (no, si, <37 sem, ≥18 ha, hora, min, ≥36°C), EDAD GEST. al parto (por FUM, por Eco), TAMAÑO PÉL. ADOIRDE (cervic., pélvic., transv.), ACOMPAÑANTE TDP P (pareja, familiar, otro, ninguno).

**TRABAJO DE PARTO:** hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10, dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/días, ENFERMEDADES (HTA previa, HTA inducida, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabético, infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter, R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave), HEMORRAGIA (1º, 2º, 3º, postparto), infec. puerperal, TDP (Prueba, VIH), SIFILIS, VIH.

**NACIMIENTO:** VIVO (parto, ignora, muerto), hora, min, día, mes, año, MULTIPLE (orden, no, si), TERMINACION (espont., cesárea, otros, fórceps, vacío), INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO (colpo, INDUC, OPER).

**POSICION PARTO:** sentada, acostada, oculto, ENFOQUE (no, si), DESGARROS (Grado I a 4), OCITOCICOS (prelamb., postlamb., no, si), PLACENTA (completa, no, si, retenida), LIGADURA CORDON (precoz, no, si), oclucos en TDP (no, si), antibiot. (no, si), analgesia (oral, local, regional, analg. gra., no, si), transfusión (no, si, otros, especificar), FALLECE en LUGAR de PARTO (no, si), REFERIDO (alg. necro. org, toxol., hora, tubo), ATENCION (médico, obst., enf., auxil., estud., empur., otro), Nombre, PUERPERIO INMEDIATO (día, hora, TPC, P.A., pulso, invol. uter., loquios).

**RECEN NACIDO:** SEXO (f, m), PESO AL NACER (<2500 g, ≥4000 g), P. CEFALICO CM (CIR, CIP), LONGITUD CM, EDADE GESTACIONAL (SEM, días), PESO E.G. (adec., peq., gde.), CUIDADOS AL RECEN NACIDO (vitamina K, Profilaxis ocular, Apego precoz), APGAR (1º, 5º), REANIMACION (estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo), FALLECE en LUGAR de PARTO (no, si), REFERIDO (alg. necro. org, toxol., hora, tubo), ATENCION (médico, obst., enf., auxil., estud., empur., otro), Nombre, PUERPERIO INMEDIATO (día, hora, TPC, P.A., pulso, invol. uter., loquios).

**DEFECTOS CONGENITOS:** menor, mayor, ENFERMEDADES (regura, otro, código), VIH en RN (Eguesto Tto., no, si, VIH, SIF, n/c), TAMIZAJE NEONATAL (VDRL, TSH, Hptaría, Biliub, Toso IgM, Meconio 1º día, no, si), Antirubecola post parto, yglobulina anti D, ANTICONCEPCION (CONSEJERIA, no, si), METODO ELEGIDO (DIU post-evento, ligadura, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno).

**EGRESO RN:** vivo, fallece, tratado, fallece durante o en lugar de traslado, EDAD AL EGRESO (días completos, <1 día), ALIMENTO AL ALTA (lact. nat., lact. art., parcial, artificial), Boca ameba, BCG (no, si), PESO AL EGRESO (g), EGRESO MATERNO (tratado, lugar, día, mes, año, fallece durante o en lugar de traslado), ANTIRUBECOLA post parto, yglobulina anti D, ANTICONCEPCION (CONSEJERIA, no, si), METODO ELEGIDO (DIU post-evento, ligadura, DIU, natural, barrera, otro, hormonal, ninguno).

Nombre Recién Nacido, Responsable, Responsable.