UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"COMPLICACIONES DURANTE EL PERIODO DE LABOR Y EL PARTO"

Estudio descriptivo observacional en 400 pacientes que acudieron a la maternidad cantonal Santa Elena III para la atención de su labor y parto durante el ciclo comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1993. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

LIGGIA CAROLINA MARROQUIN LOPEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

D2
05
+(6952)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 10 de Junio de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Maestra de educaciòn primaria urbana Licda carolina
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Marroquìn Lòpez Carnet No. 8812561
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"Complicaciones durante el periodo de labor y parto"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal

DR. PERCY ANTONIO MARROQUIN L.
Médico y Cirujano
Colegiado 8,110

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 6639

Dr. HECTOR R. GARCIA SANTANA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2619

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: *LIGGIA CAROLINA MARROQUIN LOPEZ*

Carnet Universitario No. *88-12561*

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"COMPLICACIONES DURANTE EL PERIODO DE LABOR Y PARTO"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, *10* de *junio* de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. Jafet Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DECANO 1990-1994
Dr. Jafet Ernesto Cabrera Franco
GUATEMALA, C. A.

INDICE

I. INTRODUCCION

Aunque parece que en algunas zonas urbanas con buenos servicios de salud el número de comadronas está disminuyendo, en las zonas rurales y periurbanas siguen prestando sus servicios. Se ha documentado que en nuestro país el 77% de los partos en el área rural es atendido por comadronas y un porcentaje mínimo por personal médico. (8)

La atención del parto tanto por personal empírico (comadronas) como por personal capacitado de las maternidades cantonales como la de Santa Elena III, cumplen con una importante tarea debido a que colaboran con la decentralización de los servicios, disminuyendo la excesiva cantidad de pacientes que se atienden en los hospitales de mayor nivel, los cuales en la actualidad como todos sabemos, se encuentran en crisis económica. (1)

En comunidades como las nuestras, en donde las tasas de fecundidad y natalidad son cada vez más elevadas es importante el estudio de las complicaciones durante el embarazo en cualquiera de sus etapas, ya que representan la quinta causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva. (1,12)

Es de hacer notar que tanto el personal empírico como el personal médico capacitado, puede verse muchas veces frente a una urgencia obstétrica, siendo un riesgo que puede comprometer la vida de la paciente o del feto en cualquiera de los dos tipos de atención.

El presente trabajo determina en que porcentaje de las pacientes atendidas en la maternidad cantonal Santa Elena III se presentan complicaciones durante la labor y el parto, encontrándose que la mayoría sufre de algunas de estas urgencias y que casi siempre son facilmente detectables por un simple examen físico, pudiendo de esta manera darle el manejo adecuado en la misma institución o refiriendola a un centro hospitalario.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En América Latina, principalmente en países en desarrollo, las tasas de mortalidad perinatal son altas; siendo 20.2 x 1,000 para la mortalidad materna y 12.9 x 10,000 nacimientos y definitivamente Guatemala no es la excepción. (1)

El embarazo y sus complicaciones en cualquier momento del mismo, labor, parto o puerperio, es una de las principales razones que contribuyen a una elevada tasa de la mortalidad de la mujer (9 x 1,000), ya que constituye la quinta causa de muerte entre las mujeres de 15 a 44 años. (1)

La atención del parto en su mayoría es por personal empírico (comadronas) en un 77% y sólo un 23% por personal de instituciones preparadas para esto. Esta minoría de pacientes que es atendida por personal médico (8%) puede presentar urgencias que lamentablemente algunas veces terminan con un desenlace desfavorable, y, aunado a las complicaciones mal manejadas por el mencionado personal empírico, son una de las causas de la elevada tasa de mortalidad ya descrita.(1,8)

Debido a lo anteriormente expuesto, debe ponerse mayor énfasis en las complicaciones encontradas durante la labor y el parto, de pacientes que acuden a maternidades cantonales como la de Santa Elena III, en donde a pesar de contar con personal "capacitado" carecen de equipo y medicamentos necesarios para el manejo de estas urgencias, para las cuales debe existir un mecanismo de traslado a un centro hospitalario de referencia en donde se brinde la atención necesaria.

III. JUSTIFICACION

Según la literatura sobre obstetricia, en la mayoría de los casos el trabajo de labor y parto no presenta ninguna complicación, pero desafortunadamente otras veces no todo es tan favorable. (2,16)

Las pacientes que acuden a las maternidades cantonales no se encuentran libres de poder llegar a sufrir algunas complicaciones. En caso de que estas urgencias llegaran a presentarse, el personal médico, en este caso el de Santa Elena III, debe enfrentarse a ellas sin contar con el equipo necesario para brindar una atención satisfactoria, aunque se encuentre capacitado para el manejo de las mismas.

Dichos casos de alto riesgo deben ser detectados precozmente para referirse a un centro hospitalario en donde se brinde el manejo adecuado y de esta manera proporcionar un mejor pronóstico a la paciente.

Basados en lo anterior, reconocemos que la importancia del presente estudio es determinar que porcentaje de las pacientes que acuden a la maternidad cantonal Santa Elena III presentan alguna complicación y cuales son las que con mayor frecuencia se presentan. Dichas complicaciones encontradas serán de utilidad para que el personal haga mayor énfasis en ellas y sean detectadas a tiempo para su traslado a un centro hospitalario de referencia. De esta manera disminuye el riesgo para la paciente y la consecuente morbi-mortalidad por falta de personal capacitado o recursos.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Identificar las complicaciones que se presentan más frecuentemente durante la labor y el parto de las pacientes que acuden a los servicios del centro de salud de Santa Elena Barillas.

ESPECIFICOS

1. Determinar en que porcentaje de las pacientes atendidas en la maternidad cantonal Santa Elena III se presenta alguna complicación ya sea materna o fetal durante la labor y durante el parto.

2. Identificar en orden de frecuencia las complicaciones maternas o fetales que más comunmente se presentan durante la labor y durante la atención del parto.

3. Determinar si al enfrentarse a alguna complicación materna o fetal se utiliza la referencia de la paciente a otro nivel de salud o se maneja en el mismo establecimiento y cual es su evolución.

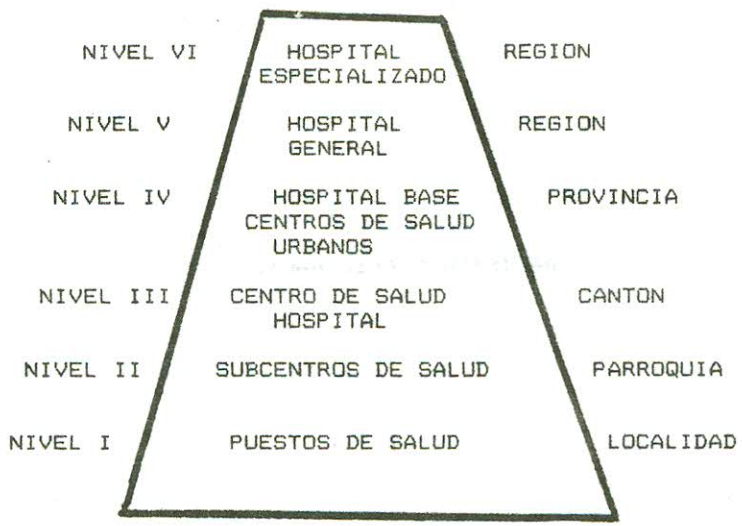
4. Utilización de los resultados del presente estudio por el personal de la maternidad cantonal Santa Elena III para hacer retroalimentación en el manejo de los casos de alto riesgo que se encuentren con mayor frecuencia.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. NIVELES DE ATENCION

En un comienzo, este concepto describía, únicamente, la estructura de los servicios basándose en la complejidad relativa de sus partes. Por lo tanto estaba asociado con las características del personal, de las unidades operativas o establecimientos de salud y de las modalidades administrativas de la prestación de los servicios. (11,12)

SISTEMA REGIONALIZADO, CATEGORIZACION Y DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



Pirámide de los servicios de salud.

En la actualidad, la aplicación del concepto de niveles tiene una connotación funcional que toma en cuenta la perspectiva de la comunidad y de sus necesidades y recursos.

La noción de niveles se identifica, entonces, con las diversas instancias tecnológicas de resolución de los problemas de salud. Todos, en conjunto, conforman una oferta integral de servicios diseñados para garantizar la accesibilidad y la continuidad de la atención en salud. (11,12)

B. RECURSOS DE SALUD EN GUATEMALA

Para la ejecución de cualquier plan el recurso humano juega un papel de suma importancia, condicionando en alto grado la adecuada consecusión de los objetivos y metas propuestas. Por lo tanto, la dotación de los recursos humanos, para las diferentes dependencias e instituciones del Ministerio de salud, debe obedecer a una cuidadosa planificación de los mismos, acorde con las prioridades detectadas en los diferentes niveles organizativos del Ministerio, debiendo responder a la problemática específica de cada uno de ellos. (14)

1. RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES

Se cuenta con 16,656 personas para la atención en salud de la población, los que se encuentran distribuídos en sus diferentes niveles organizativos. El 61% del personal se encuentra ubicado a nivel hospitalario, encontrándose en el primer nivel unicamente el 5% de éste; constituyendo el personal de enfermería el 40% del total del personal de salud y el médico el 8%. (14,1)

2. RECURSOS HUMANOS COMUNITARIOS

El Ministerio de salud tiene en marcha el componente de capacitación de personal comunitario, el cual contempla el adiestramiento de personal voluntario: comadronas tradicionales y promotores de salud.

En cuanto a comadronas se tiene que hasta 1,987 se encuentra capacitado el 63% de todas las comadronas detectadas a nivel de la república.

En relación a promotores rurales de salud, se tiene que para el mismo año se cuenta con 9,057 personas adiestradas. Además del PRS se ha adiestrado a diferente número de voluntarios. (14,12,1)

3. RECURSOS FISICOS

El Ministerio de salud, cuenta con una red de establecimientos constituídos por: hospitales, centros de salud, puestos de salud, farmacias estatales y ventas municipales de medicinas, para atender la demanda en salud de la población. Dichos establecimientos están dotados de equipo, recursos humanos y financieros según su grado de complejidad y acorde a la demanda de los mismos. (12)

3.1. Hospitales

En Guatemala existen 35 hospitales que contienen un total de 8,053 camas. En el depto. de Guatemala se encuentran ubicados 9 hospitales que contienen el 42% del total de camas, de las cuales el 95% está destinado para la atención de pacientes agudos.

3.2. Centros de Salud

Existen 216 unidades de éste tipo, de las cuales 32 son tipo A (con encamamiento) y 184 tipo B (sin encamamiento).

Los centros de salud tipo A contienen en conjunto 306 camas. En cuanto al estado de estos establecimientos, se tiene que el 37% presenta deterioro en su construcción y el 67% cuenta con equipamiento deficiente.

3.3. Puestos de salud

Se cuenta con 780 unidades de ésta categoría, ubicados a nivel de cabeceras municipales y aldeas. Se encuentra funcionando el 72%, por falta de equipo y edificio no funciona adecuadamente el 20% de los mismos, y por razones de diversa índole el 8% no funciona.

3.4. Farmacias estatales y ventas municipales de medicina

Se cuenta con 48 farmacias estatales y 117 ventas municipales de medicina, ubicados en los diferentes departamentos de la república. (11,12,14)

MATERNIDAD CANTONAL SANTA ELENA III

La maternidad cantonal Santa Elena III se inauguró en noviembre de 1,984, surgiendo como una inquietud del comité de salud de la colonia El Limón, quienes hicieron solicitud de una maternidad para aquellas personas de bajos recursos.

La mencionada maternidad se construyó con paredes de block repelladas, piso de granito, terraza, drenajes, con agua potable y luz eléctrica. Posee 8 ambientes distribuidos de la siguiente manera: clínica médica, una sala de labor, una sala de partos, una sala de posparto, una cocina y comedor, una habitación para médicos, un área libre de concreto no techada y sanitarios. Actualmente se encuentra en condiciones satisfactorias.

Se dió inicio a la atención prenatal y de la labor y parto por comadronas adiestradas con un horario de 7:00 am. a 3:00 pm que no lograba dar una adecuada cobertura. Debido a esto los vecinos solicitaron la atención de 24 horas y fué asi como los médicos residentes del hospital general San Juan de Dios empezaron a realizar turnos y brindar una mejor atención.

El material y equipo fué donado por el hospital general San Juan de Dios, consistiendo en dos camillas ginecológicas para la atención del parto, tres incubadoras, ocho camas para labor y posparto, tres sillas de ruedas, un autoclave, pinzas, riñones, vasines para orinar, materiales de sutura, guantes, perillas, clamps, ropa de cama, ropa para los médicos.

Además del equipo mencionado, dicha maternidad también cuenta con una cocina que consta de una estufa de gas, una refrigeradora eléctrica, una mesa con 6 sillas de madera y un gabinete de madera para guardar la vajilla y los trastos. También hay en existencia una pila, una lavadora y una secadora para el lavado y secado de la ropa.

Actualmente la maternidad Santa Elena III consta de médicos y enfermeras auxiliares capacitadas para la atención de la labor y parto , asi como del equipo ya mencionado que se encuentra en condiciones adecuadas. La crisis económica en Guatemala ha alcanzado a dicha maternidad habiendo carencia de materiales necesarios para brindar una atención óptima.

La cobertura de la maternidad cantonal Santa Elena III se esperaba que fuera de cinco partos al día pero esa meta no se ha alcanzado, y se atiende solamente un parto diario como promedio. Se han realizado encuestas para determinar la causa de la poca afluencia de la comunidad a esta maternidad y se ha encontrado que la principal razón se debe a desconocimiento de la existencia de la misma.

C. COMPLICACIONES DURANTE LA LABOR Y EL PARTO

1. DISTOCIAS PROVOCADAS POR ANOMALIAS EN LOS MECANISMOS DE EXPULSION

1.1. DISFUNCION UTERINA

La disfunción uterina, en cualquier momento de la dilatación cervical, se presenta cuando la progresión se detiene, puesto que la característica principal del parto normal es la insuficiencia de su progreso.

Es posible definir dos tipos fisiológicos de disfunción uterina:

disfunción hipotónica, cuyas contracciones uterinas presentan un patrón de gradiente normal (sincrónico) aunque un aumento de presión durante una contracción no es suficiente para dilatar el cuello a una velocidad adecuada. Este tipo de disfunción suele producirse durante la fase activa de la dilatación, una vez que el cuello ha alcanzado una dilatación superior a 4 cms. (7,19)

En el tipo hipotónico las contracciones de disfunción uterina son infrecuentes y débiles, y el útero se deja deprimir fácilmente, aun en el momento más intenso de la contracción.

Disfunción hipertónica, en la cual, el equilibrio puede encontrarse distorsionado por contracción del segmento medio con más potencia que el funfus (inversión), por asincronía total de los impulsos eléctricos originados en cada cuerno, o por una combinación de alteraciones.

Las causas principales de disfunción uterina son , la estenosis de la pelvis y la malposición fetal. Sin embargo en por lo menos la mitad de los casos la causa es desconocida.

Una espera indebida conduce con excesiva frecuencia a desenlaces desfavorables, mientras que una intervención demasiado precoz provoca cesáreas innecesarias. Las muertes fetales y neonatales son también consecuencia frecuente de la infección intrauterina, la cual casi siempre se desarrolla en un parto disfuncional. (7,19,20)

En caso de hipotonía uterina se utiliza oxitocina como tratamiento para provocar las contracciones más frecuentes y eficaces y para la disfunción hipertónica la anterior se encuentra contraindicada; utilizandose morfina o meperidina para el alivio del dolor e incluso para tratar de interrumpir la actividad anormal uterina. Si se sospecha sufrimiento fetal en cualquiera de las dos, debe resolverse el embarazo por medio de cesárea. (20)

2. DISTOCIAS PROVOCADAS POR ANORMALIDADES EN LA POSICION, PRESENTACION O EN EL DESARROLLO DEL FETO

2.1. PRESENTACION DE NALGAS

La incidencia es de un 3 a 4% de los embarazos. Los factores predisponentes para la presentación de nalgas son: la prematuridad, la relajación uterina asociada a gran paridad, el hidramnios, oligohidramnios, hidrocefalia, anencefalia, antecedente de parto de nalgas previo, las anomalías uterinas y los tumores. (7,20)

Existe un aumento en la frecuencia de las complicaciones siguientes:

Morbilidad y mortalidad perinatales por dificultad en el parto.

Bajo peso del feto por prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino o ambos.

Prolapso de cordón.

Placenta previa.

Anomalías fetales y alteraciones del desarrollo que aparecen después del período neonatal.

Anomalías y tumores uterinos.

Embarazo múltiple.

Intervenciones quirúrgicas, sobre todo cesáreas. (7,16,19,)

Las diversas relaciones existentes entre las extremidades inferiores y las nalgas del feto dan lugar a las categorías:

2.1.1. Nalgas puras, en la cual las extremidades inferiores se encuentran flexionadas por las caderas y mantienen las rodillas extendidas, de forma que los pies están próximos a la cabeza.

2.1.2. Nalgas completas, difiere de la anterior en que una o ambas rodillas están flexionadas y no extendidas.
Nalgas incompletas, una o ambas caderas no se hallan flexionadas, de manera que uno o los dos pies o rodillas están en posición más baja que las nalgas, es decir, la parte inferior del canal del parto está ocupada por un pie o rodilla. (16,19,20)

La resolución del embarazo en esta presentación es discutible dependiendo del caso que se presente y puede ser utilizada la cesárea o el parto vaginal. (20)

2.2. PRESENTACION DE CARA

En las presentaciones de cara, la cabeza está muy extendida para que el occipucio se ponga en contacto con la espalda y la parte presentada es la barbilla.

La incidencia es de un 0.17% y su diagnóstico se basa siempre en la exploración vaginal.

Las causas de las presentaciones de cara son múltiples y están ligadas a todos aquellos factores que favorecen la extensión o dificultan la flexión de la cabeza. Por tanto, las posiciones de la cabeza en extensión aparecen con mayor frecuencia cuando la pelvis es de tamaño reducido o el feto es muy grande. El abdomen péndulo es otro factor predisponente, asi como también los fetos anencefálicos. ((7,19)

En ausencia de una pelvis reducida y en presencia de contracciones eficaces sin manifestación de sufrimiento fetal, normalmente se desarrollará un parto vaginal satisfactorio. Cuando existe reducción del estrecho superior de la pelvis la cesárea es a menudo el método de elección para la resolución del embarazo. (19,20)

2.3. PRESENTACION DE FRENTE

En estos casos, la parte de la cabeza fetal comprendida entre el reborde orbitario y la fontanela anterior se presenta en el estrecho superior de la pelvis. Así, la cabeza fetal ocupa una posición media entre la flexión completa (occipucio) y la extensión completa (mentón o cara).

Las causas de la presentación de frente son escencialmente las mismas que las de la presentación de cara. La presentación de frente es habitualmente inestable y se convierte en una presentación de cara o de occipucio..

La presentación puede ser identificada mediante palpación abdominal cuando se consigue tocar facilmente el occipucio y el mentón, pero normalmente es necesdaria la exploración vaginal. (16,19)

La resolución del parto es igual que para la presentación de cara y el pronóstico depende de la última presentación. Cuando persiste la presentación de frente, el pronóstico de parto vaginal de un niño no comprometido es malo a ménos que el feto sea pequeño o que el canal del parto sea grande. (7,20)

2.4. PRESENTACION DE HOMBRO

En esta presentación el eje longitudinal del feto es aproximadamente perpendicular al de la madre, asi pues, se encuentra en posición transversa. Cuando se forma un ángulo agudo se produce una situación oblicua. Esta suele ser transitoria ya que al sobrevenir el parto, , se convierte en transversa o longitudinal.

En las situaciones transversas, el hombro normalmente se encuentra por encima del estrecho superior de la pelvis, con la cabeza situada en una fosa ilíaca y las nalgas en la otra. Se habla en estos casos de presentación de hombro o acromion. Teniendo en cuenta que la espalda puede estar dirigida anterior, posterior, superior o inferiormente, se acostumbre distinguir variedades tales como dorsoanterior o dorsoposterior. (16,20)

La incidencia es del 0.4% y sus causas más frecuentes son:

Relajación anormal de la pared abdominal, como resultado de una gran multiparidad.

Prematuridad

Placenta previa

Estrechez pélvica

El diagnóstico de situación transversa suele hacerse con facilidad por simple inspección. El abdomen suele ser amplio, mientras que el fundus uterino se extiende poco por arriba del ombligo. Por medio de las maniobras de Leopold y la exploración vaginal es fácil verificarlo. (7,20)

En general, el comienzo del parto en una mujer con un feto en situación transversa constituye indicación de cesárea a ménos que tenga indicaciones para manipulación externa y que ésta dé resultado. (19)

El parto en las presentaciones de hombro aumenta el riesgo materno y en gran proporción los riesgos para el feto. Los casos de muerte materna debidas a esta complicación aparecen en los casos descuidados , por rotura espontánea del útero, o bien por rotura traumática debida a una versión y extracción tardías y mal efectuadas.

El riesgo de muerte materna es notable por:

La fuerte asociación de la situación transversa con la placenta previa.

La mayor probabilidad de accidentes del cordón

La casi inevitable necesidad de una mayor intervención de tipo quirúrgico

La probabilidad de sepsis tras la rotura de las membranas y la salida del brazo hacia la vagina. (7,16,19,20)

2.5. POSICION OCCIPITOPOSTERIOR PERSISTENTE

Las posiciones occipitoposteriores sufren rotación anterior espontánea seguida de parto no complicado. Aproximadamente en el 10% de los casos no ocurre rotación espontánea (occipitoposterior persistente). La causa de lo anterior es indudablemente la estrechez transversal de la pelvis. (20)

Las posibilidades del parto vaginal son:

Esperar el parto espontáneo

Parto con forceps dirigiendo el occipucio a una posición posterior

Rotación del occipucio con el forceps hacia una posición anterior y parto

Rotación manual de la posición posterior seguida de un parto con forceps. (19,20)

2.6. POSICION OCCIPITOTRANSVERSA PERSISTENTE

En ausencia de anomalías de la arquitectura pélvica, la posición occipitotransversa tiene más probabilidades de ser transitoria mientras el occipucio rota hasta una posición anterior. Si no aparece disfunción hipotónica uterina, espontánea o como consecuencia de la anestesia, normalmente se completa de inmediato la rotación espontánea, lo cual permite la elección entre el parto espontáneo o el parto con forceps bajo. (19,20)

Entre esta clasificación de distocias mencionaremos también: Distocia debida a hidrocefalia, macrosomía fetal, abdomen fetal de gran tamaño y por gemelos siameses. (16)

2.7. DISTOCIA DE HOMBROS

La distocia de hombros es una complicación grave del parto. El problema consiste en que la cabeza se exteriorice haciendo que el cordón sea estirado hacia el interior de la pelvis y comprimido antes que se observe que los hombros no pueden salir. (7,19,10)

La incidencia es de 0.15% para todos los fetos que pesan más de 2,500 gramos, mientras que entre los que pesan más de 4,000 gramos es del 1.7%. (20)

Esta complicación suele ser siempre repentina a pesar de que se haya obtenido una buena historia que podría identificar la posibilidad de distocia de hombros aún cuando se utilice la ecografía para reconocer dicha tendencia.

La reducción del intervalo de tiempo entre el parto de la cabeza y el del cuerpo es de gran importancia para la supervivencia; sin embargo, la tracción vigorosa de la cabeza o el cuello, o la rotación excesiva del organismo, pueden causar graves lesiones en el niño. A menudo puede ser necesaria la fractura deliberada de la clavícula que salve la vida del niño. Son necesarias una gran episiotomía mediolateral y una anestesia adecuada. (17,19,20)

3. DISTOCIA PROVOCADA POR ESTENOSIS DE LA PELVIS

Cualquier reducción de los diámetros de la pelvis que reduzca la capacidad pélvica puede provocar una distocia durante el parto. Las reducciones pélvicas se clasifican de la siguiente manera:

3.1. Estenosis del estrecho superior
3.2. Estenosis de la pelvis media
3.3. Estenosis del estrecho inferior
3.4. Combinaciones de estenosis del estercho superior, parte media y estrecho inferior de la pelvis. (20)

3.1. ESTRECHO SUPERIOR DE LA PELVIS ESTENOTICA

El estrecho superior de la pelvis normalmente se considera reducido si su diámetro anteroposterior menor es de 10 cms. o menos o si su diámetro transverso mayor es de 12 cms. o menos.

Para el grupo límite en el cual el diámetro anteroposterior está solo ligeramnte por debajo de 10 cms. , el pronóstico del parto vaginal satisfactorio está determinado en forma importante por las siguientes variables:

La presentación tiene una extremada importancia, aunque el occipucio sea desfavorable.

El tamaño del feto tiene una importancia obvio.

Tanto los diámetros del estrecho superior de la pelvis como la configuración desempeñan un papel importante.

La frecuencia y la intensidad de las contracciones uterinas son factores que aportan información sobre el estado de la paciente.

El comportamiento del cuello en el parto tiene un significado pronóstico grande.

Es desfavorable el asinclitismo extremo.

Es útil el conocimiento de los resultados de un parto a témino previo. (16,19,20)

Por último, el pronóstico del parto vaginal normal puede alterarse por la existencia de otras circunstancias coincidentes.

Si sobre la base de los criterios anteriores no es posible anticipar un parto favorable, ni para la madre ni para el feto, hay que practicar una cesárea. (20)

3.2. ESTENOSIS DE LA PELVIS MEDIA

La pelvis media puede considerarse estenosada cuando la suma de los diámetros interespinosos isquiáticos y sagitales posteriores de la pelvis media (normal 15.5 cms.) descienda a 13.5 cms. o ménos. Existen razones para sospechar de una reducción de la pelvis media, siempre que el diámetro interespinoso descienda por debajo de 10 cms.. Cuando es inferior a 9 cms. la pelvis media se encuentra reducida.

La identificación se basa en la palpación de las espinas isquiáticas prominentes, las paredes laterales convergen o la escotadura sacroisquiática aparece estrechada. (19,20)

La reducción de la pelvis media es probablemente más frecuente que la del estrecho superior y a menudo provoca la detección del descenso de la cabeza fetal; lo que tiene como consecuencia la necesidad de realizar operaciones difíciles con la aplicación de un forceps medio. (16)

Al principio se debe permitir que las fuerzas naturales de la madre empujen el diámetro biparietal del feto a tr5avés de la obstrucción interespinosa.

Sólo cuando se ha permitido que la cabeza descienda hasta que el perineo se haga prominente y el vértice sea directamente visible, puede tenerse la certeza razonable de que la cabeza ha sobrepasado la obstrucción; solo entonces se aplicará el forceps sin peligro. En caso de que no sea posible sobrepasar la obstrucción se debe realizar cesárea. (7,16,20)

3.3. ESTENOSIS DEL ESTRECHO INFERIOR DE LA PELVIS

Se define como la disminución del diámetro intertuberoso a un máximo de 8 cms., con la consecuente reducción del triángulo anterior que forzará inevitablemente la cabeza fetal hacia atrás; por consiguiente, la posibilidad de realizar el parto depende del tamaño de ese triángulo.

Un estrecho inferior estenosado puede causar distocia no tanto por si mismo como por el estrechamiento asociado de la pelvis media. Aunque la desproporción no sea lo suficientemente grande para provocar una distocia grave, puede desempeñar un papel importanten en la inducción de un desgarro perineal. (19,20)

4. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

La separación de la placenta a partir de su lugar de implantación en el útero antes del parto ha sido denominado de múltiples formas: abruptio placentae, ablatio placentae y separación prematura de la placenta implantada normalmente.

La expresión abruptio placentae, que significa disgregación de la placenta en dos partes, presupone un accidente agudo, característica clínica de la mayoría de los casos de esta complicación. (13,16)

La hemorragia de la abruptio placentae se insinúa generalmente entre las membranas y el útero, escapa a través del cuello y aparece en el exterior, provocando una hemorragia externa. Con menos frecuencia, la sangre no scapa al exterior, sino que es retenida entre la placenta desprendida y el útero, y da lugar a la hemorragia oculta. El desprendimiento de la placenta con hemorragia oculta puede ser más grave que la abruptio placentae con hemorragia externa ya que supone mayor riesgo para la madre, pero no es fácil apreciar la extensión y grado de la hemorragia. Por tanto, en la hemorragia oculta la sustitución de sangre se suele hacer demasiado tarde y en menor cantidad de lo que será preciso. (16,18)

La causa principal del abruptio placentae se desconoce, pero se han evocado como factores etiológicos los traumatismos, un cordón umbilical corto, la descompresión brusca del útero, anomalía o tumor uterinos, compresión u oclusión de la vena inferior, hipertensión inducida por el embarazo, toxemia aguda. (16,18)

Es preciso subrayar que los signos y síntomas del desprendimiento prematuro de placenta son muy variables, pudiendo existir ausencia de hemorragia visible. Se puede presentar hipertonía uterina persistente, hemorragia grave, dolor lumbar, dolor a la palpación del útero, contracciones uterinas rápidas y sufrimiento fetal.

El tratamiento variará dependiendo del estado de la madre y el feto. En casos de hemorragia masiva, una intensa terapia de transfusiones con sangre total junto a infusión de soluciones electrolíticas y un parto rápido tratando de contener la hemorragia pueden salvar la vida de la madre y el feto posiblemente. Si hay evidencia de muerte fetal se prefiere realizar parto vaginal ya que la existencia de graves alteraciones de la coagulación es peligrosa si se realiza cesarea. (13,18)

5. PLACENTA PREVIA

En la placenta previa, la placenta, en lugar de estar implantada en el cuerpo del útero por fuera del orificio cervical interno, se localiza por encima del orificio interno o muy cerca de él. Se identifican cuatro grados de la anomalía:

5.1. Placenta previa total. El orificio interno está totalmente cubierto por la placenta.

5.2. Placenta previa parcial. El orificio interno se halla parcialmente cubierto por la placenta.

5.3. Placenta previa marginal. El borde de la placenta está en el borde del orificio.

5.4. Placenta de baja implantación. La región del orificio interno aparece recubierto por la placenta, de modo que el borde de ella no alcanza realmente el orificio cervical interno, pero está muy próximo a él. (2,3,5)

Entre los factores que predisponen a una placenta previa están la multiparidad y la edad avanzada o la presencia de una placenta grande.

El tratamiento de una madre con placenta previa diagnosticada consiste en esperar y vigilar si ésta se encuentra estable. La resolución del parto por cesárea, transfusión de sangre y electrolitos y cuidados neonatales al momento del parto. (2,3,4)

6. RUPTURA UTERINA

Casos de solución completa de continuidad de la pared del útero con el feto, con expulsión del producto o sin ella, que pone en peligro la vida de la madre, del niño o de ambos. En esta definición no se incluyen las dehiscencias asintomáticas de cicatrices uterinas. (9,15)

Los factores que intervienen en la rotura del útero son: cesárea previa, oxitocina, cuatro o mas partos, desprendimiento prematuro de placenta, nacimiento por forceps medio, versión/extracción de nalgas.

Entre los factores mencionados se ha observado que el hecho de que se halla practicado una cesárea previamente aumenta ocho veces la posibilidad de rotura uterina.

Los signos aceptados para definir la rotura uterina son dolor abdominal de desgarro repntino, la salida de abundante sangre por vagina, y la recesión de la parte que se presenta. También suele presentarse sufrimiento fetal, hipertonía uterina y alteración de los contornos del útero. (16,21)

En la rotura uterina hay que considerar la intervención quirúrgica inmediata en manos de un cirujano experto en operaciones de vientre y ginecoobstetricas que evalúe la posible reparación o histerectomía. El pronóstico tanto para la madre como para el feto conlleva una tasa elevada de mortalidad y si no ocurre de esta manera el desenlace, pueden quedar muchas consecuencias tal como lo es la histerectomía. (9,15,21)

7. PROLAPSO DE CORDON

Una grave complicación para el feto es el prolapso de cordón, que se ve facilitado en los casos en que la adaptación entre la presentación y el estrecho superior de la pelvis es imperfecta.

Si el parto no acaba rapidamente, el feto puede morir a causa de la compresión del cordón entre la presentación y el borde del estrecho superior de la pelvis. (16,20)

8. PARTO DE FETOS MULTIPLES

Numerosas complicaciones entre las que cabe mencionar la disfunción uterina, las presentaciones anormales, el prolapso de cordón, el desprendimiento de placenta, aparecen con una frecuencia apreciablemente mayor entre los fetos múltiples. Por consiguiente, el manejo del período de parto y de alumbramiento con fetos múltiples constituye una prueba excelente para el ingenio, la habilidad, el criterio y, en ocasiones, la paciencia del equipo obstétrico que asiste a la madre y a sus hijos. (16,20)

Tan pronto como sea evidente que ha empezado el parto, tienen que tomarse una serie de medidas:

Un asistente obstétrico.
Disponer de 1l de sangre total compatible.
Instaurar un sistema de infusión intravenoso.
Dos obstetras.
Un anestesista.
Dos pediatras.
Una sala de partos amplia y equipada para reanimación.

Para llevar a cabo la resolución del parto deben diagnosticarse la presentación y posición delos fetos para así seleccionar ya sea parto vaginal o cesarea. (19,20)

9. ECLAMPSIA

La eclampsia continúa siendo la mayor causa de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Se define como la presencia de convulsiones generalizadas tonico-clónicas en mujeres con preeclampsia o hipertensión agravada por el embarazo. (20)

La incidencia es variable y complica 0.05 a 0.2% de todos los partos.
La mortalidad materna por eclampsia es menor a 5%.
La mortalidad perinatal es de 130 a 300 por 1,000.
El desarrollo de eclampsia antes del parto se dá en 74% y en el 26% después del parto. (4,6)

Entre los factores de riesgo se encuentran las mujeres nulíparas, añosas, condiciones obstétricas asociadas con abundante desarrollo de vellosidades coriónicas. hipertensión crónica o antecedente de enfermedad renal, historia familiar de preeclampsia-eclampsia.

El inicio de la eclampsia es súbito. Las convulsiones inician con un temblor facial alrededor de la boca, el cuerpo presnta rigidéz por contracciones musculares tónicas generalizadas que tardan de 15 a 20 segundos y luego se presenta alternativamente contracción y relajación de todo el cuerpo.

Para el tratamiento de las convulsiones se utiliza sulfato de magnesio y administración de líquidos, así como la terminación del embarazo preferentemente por medio de parto vaginal aunque muchas veces suele ser necesaria la cesárea.
Las tasas de morbi-mortalidad tanto materna como fetal son elevadas si no se procede a tiempo. El abruptio placentae se ve en un 5 a 25%. (4,6,16)

10. PREECLAMPSIA

La preeclampsia es casi exclusivamente una afección de la mujer nulípara, afecta con mayor frecuencia a muchacha adolescentes o a mujeres de más de 35 años de edad.

El diagnóstico de la hipertensión provocada por el embarazo suele ser directo: la presión es de 140/90 O superior, o bien se ha producido un aumento por encima de los valores basales de 30 mmhg en la presión sistólica o 15 mmhg en la diastólica al ménos en dos ocasiones con 6 o más horas de intervalo. (4,6)

Aunque el diagnóstico de preeclampsia exige tradicionalmente la demostración de la existncia de una hipertensión provocada por el embarazo más proteinuria y/o edema generalizado, muchos investigadores están de acuerdo en señalar que el edema incluso en las manos y la cara, es un signo tan frecuente en las mujeres gestantes que su presencia no debe ratificar la existencia de preeclampsia.

La hipertensión y la proteinuria son alteraciones que la mujer gestante ignora. En el momento en que tiene síntomas como cefalea, trastornos visuales o dolor pigástrico, el trastorno casi siempre es grave. De aquí se deduce la importancia de la asistencia prenatal en la detección y tratamiento precoces de ésta complicación.

El pronóstico para la madre y el feto depende n gran parte de la mejoría que siga a la hospitalización, de cuado se realice el parto y de si aparece la eclampsia.

La tasa de mortalidad perinatal aparece incrementada en la preeclampsia de modo variable, al igual que en otros trastornos hipertensivos, y depende principalmente del momento de aparición y de la gravedad de la enfermedad. La mayor parte de las pérdidas están condicionadas por la prematuridad, por un parto espontaneo precoz o debido a la interrupción terapeutica que requiere la eclampsia grave. (4,6,16)

11. SUFRIMIENTO FETAL

La hipoxia puede deberse a privación prolongada de oxígeno asociada con enfermedad microvascular materna (hipertensión o lupus) o con causas agudas como hipotensión materna o hemorragia.. En este caso el trazado reconocible de la frecuencia cardíaca fetal es una desaceleración tardía por insuficiencia uteroplacentaria.El corazón fetal se desacelera como respuesta al descenso de la PO2 y del pH en los tejidos. Durante la contracción uterina, el flujo sanguíneo del útero practicamente cesa. El feto sano tolera este intervalo porque todavía puede ocurrir intercambio gaseoso con la sangre materna oxigenada que está en el espacio intervelloso de la placenta, pero si el feto ya tiene un compromiso, la falta de oxígeno se pone de manifiesto a penas las reservas de oxígeno del espacio intervelloso se consumen, lo cual explica la ocurrencia de desaceleraciones tardías y de morbilidad neonatal. Antes de que la situación se deteriore al extremo de que ocurren desaceleraciones cardíacas, la frecuencia cardíaca fetal puede acelerarse hasta una frecuencia basal mas grande (es decir, la frecuencia basal media entre las contracciones). La frecuencia cardíaca fetal está comprendida entre 120 y 160 latidos por minuto. Por lo tanto una frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm puede ser el primer signo de hipoxia fetal y representar los esfuerzos del feto por neutralizar su acidosis.

La hipoxia fetal conlleva al aumento de la morbimortalidad neonatal.

12. LACERACIONES

LACERACIONES PERINEALES: todos los desgarros perineales, a excepción de los más superficiales, van acompañados de diferente grado en la porción inferior de la vagina. Tales desgarros pueden alcanzar una profundidad suficiente como para afectar el esfinter rectal, y son capacs de extenderse a profundidades variables en las paredes de la vagina.

LACERACIONES VAGINALES: rara vez se observan laceraciones aisladas relacionadas con el tercio medio o superior de la vagina, no asociadas a laceraciones del cuello o del perineo. Estos desgarros suelen ser longitudinales y son el resultado de traumas producidos durante operaciones practicadas con forceps, aunque a veces se registran durante un parto normal. Estas laceraciones suelen pasar inadvertidas, a menos que se realice un buen examen vaginal. La hemorragia, cuando el útero está firmemente contraído, es un signo seguro de laceración del tramo genital, de fragmentos placentarios retenidos, o bien de ambos.

Las laceraciones en la pared anterior de la vagina en estrecho contacto con la uretra son muy frecuentes.

LESIONES DEL ELEVADOR DEL ANO: las lesiones que afectan al elevador del ano como resultado de una excesiva distensión del canal del parto pueden provocar la separación de las fibras musculares o una disminución de su tonicidad suficiente para interferir con la función del diafragma pélvico.

Todas las laceraciones deben suturarse inmediatamente con el fin de hacer hemostasia y prevenir posteriores rectoceles o cistoceles.

VI. METODOLOGIA

VI. METODOLOGIA

Para realizar la siguiente investigación de tipo descriptivo-observacional, se tomó como base la población de pacientes grávidas que acudieron a los servicios de maternidad del centro de salud de Santa Elena III para la atención de su labor y parto.

Se incluyó a todas las personas que fueron atendidas durante el ciclo del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993 y que cumplían con los criterios para este estudio; siendo de esta manera una población significativa para el tipo de investigación que se realizó.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Paciente femenina en estado de gravidéz.
2. Que consultó con trabajo de parto activo.
3. Que su embarazo se encontraba a término.
4. Que acudió a los servicios de la maternidad Santa Elena III en busca de la atención de su parto, durante el ciclo comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993
5. Que se encontraba registrada en los archivos de la mencionada maternidad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Paciente que no presentó trabajo de parto activo.
2. Paciente con embarazo pretérmino.
3. Paciente cuyo parto fué atendido en cualquier otro lugar y luego acudió a la mencionada maternidad.
4. Que no se encontraba un registro adecuado sobre la paciente en la maternidad.
5. Paciente que no se encontraba comprendida durante el período estipulado.

Se elaboró una boleta de recolección de datos, que consta de los indicadores necesarios para cumplir los objetivos del presente estudio. Consta de preguntas tanto de selección como de completación, las cuales se encuentran formuladas en un lenguaje sencillo y fueron llenadas por el investigador (instrumento), efectuándose la misma por medio de la revisión de papeletas del archivo del centro de salud de Santa Elena III, comprendidas en el período del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993.

RECURSOS

FISICOS

Establecimiento de la maternidad del centro de salud de Santa Elena III.

Archivo de registro de pacientes del centro de salud de Santa Elena III de 1,993.

Una computadora

Utiles de escritorio

Copias de la boleta de recolección de datos.

HUMANOS

Enfermeras graduadas y auxiliares del centro de salud de Santa Elena Barillas.

Un investigador

Personal que labora en el archivo de Santa Elena III

Personal docente de coordinación de tesis.

TIEMPO

El período de tiempo en que se realizaron todas las actividades para llevar a cabo el presente estudio, se representan en el cronograma de actividades , gráfica de Gantt:

```
actividades
    1.   = =
    2.   = = =
    3.   = = = = =
    4.         = = = =
    5.                 = =
    6.                     = =
    7.                       = = = =
    8.                           = = = =
    9.                                   = =
   10.                                   = =
   11.                                   = =
   12.                                     = =
        ____________________________________________
        . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
                          semanas
```

Actividades:

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recolección de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
6. Diseño del instrumento para recopilar información.
7. Ejecución del trabajo de campo, recopilar información.
8. Procesamiento de datos.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de las conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Aprobación de informe final e impresión de tesis.

VARIABLES

Las variables consideradas para la realización del presente estudio son las siguientes:

1. Complicación materna o fetal durante la labor
   Definición: situación de urgencia que se presente en el período entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación completa, que comprometa la vida materna y/o fetal.
   Tipo: cualitativa
   Instrumento de medición: boleta de recolección de datos.

2. Complicación materna o fetal durante el parto
   Definición: situación de urgencia que se presente en el momento de parir , que comprometa la vida materna y/o fetal.
   Tipo: cualitativa
   Instrumento de medición: boleta de recolección de datos.

3. Tipo de complicación más frecuente
   Definición: urgencia obstétrica encontrada en mayor número de veces.
   Tipo: cualitativa
   Instrumento: boleta de recolección de datos.

4. Conducta a seguir
   Definición: desición tomada ya sea para el manejo del paciente o para su traslado a un centro de referencia.
   Tipo: cualitativa
   Instrumento: boleta de recolección de datos.

5. Evolución
   Definición: situación de la salud de una paciente, después de haber sido tratada de una complicación.
   Tipo: cualitativa
   Instrumento: boleta de recolección de datos.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

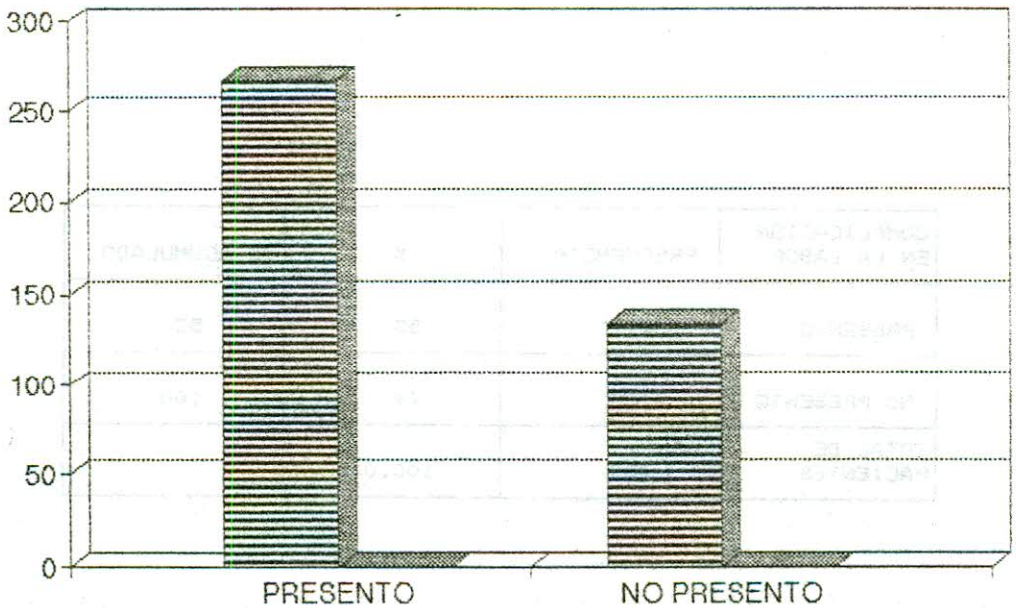
CUADRO No. 1

PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE LA LABOR Y EL PARTO.
(Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993, en la maternidad cantonal Santa Elena III)

COMPLICACION	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
PRESENTO	266	66.5	66.5
NO PRESENTO	134	33.5	100.0
TOTAL	400	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos

PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE LA LABOR Y PARTO



Fuente: Boleta de recoleccion de datos

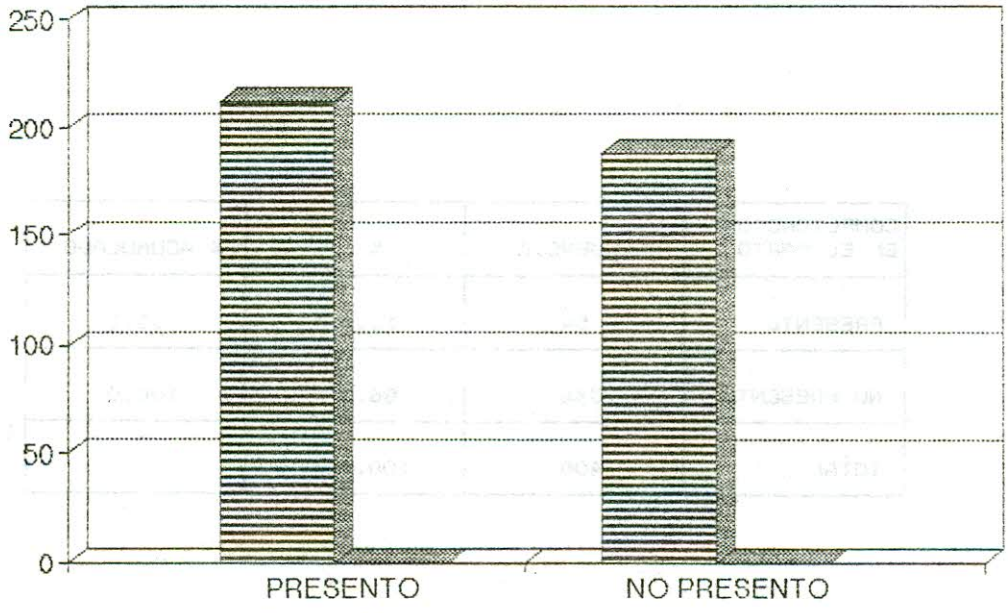
CUADRO No. 2

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE LA LABOR, OBTENIDA DEL TOTAL DE PACIENTES A ESTUDIO. (Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993, en la maternidad cantonal Santa Elena III)

COMPLICACION EN LA LABOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
PRESENTO	212	53	53
NO PRESENTO	188	47	100
TOTAL DE PACIENTES	400	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos.

PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE LA LABOR



Fuente:Boletas de recoleccion de datos

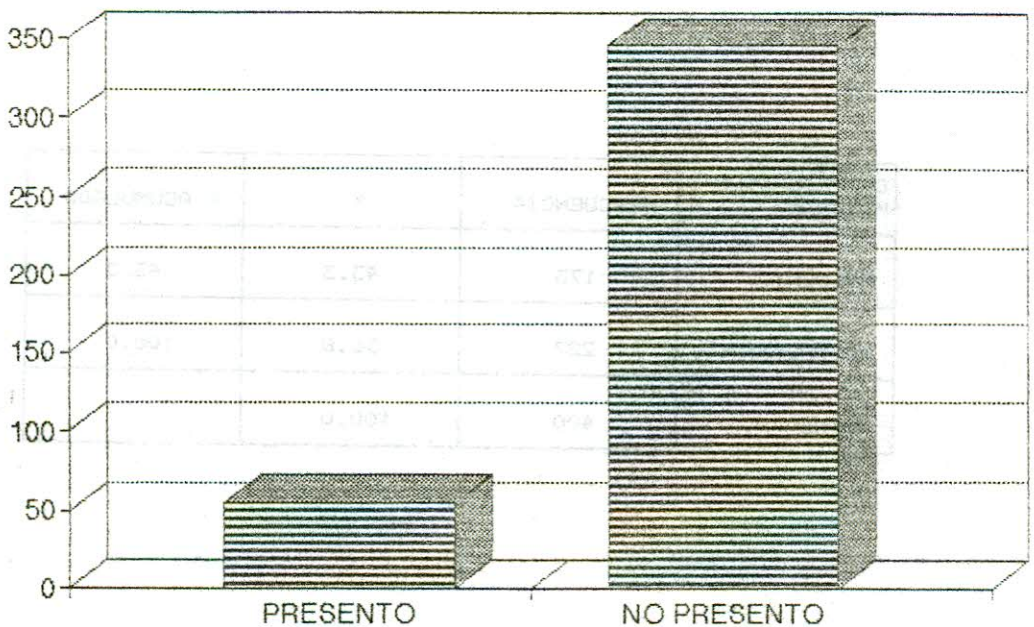
CUADRO No. 3

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO, OBTENIDA DEL TOTAL DE PACIENTES A ESTUDIO. (Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1.993).

COMPLICACION EN EL PARTO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
PRESENTO	54	13.5	13.5
NO PRESENTO	346	86.5	100.0
TOTAL	400	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos.

PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO



Fuente:Boleta de recoleccion de datos

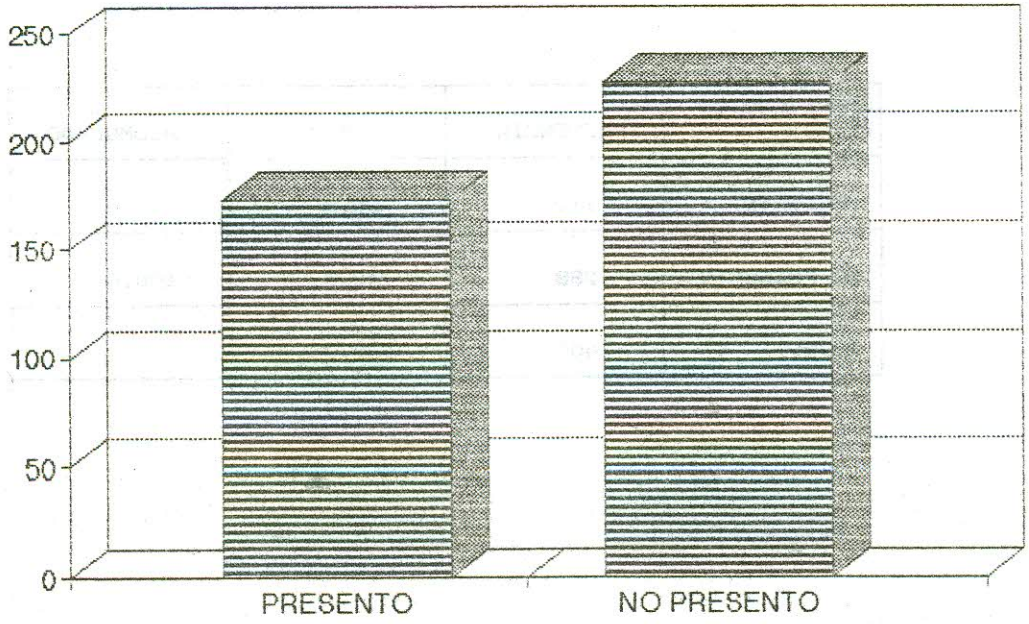
CUADRO No. 4

COMPLICACIONES MATERNAS PRESENTADAS DURANTE LA LABOR Y PARTO (Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993).

COMPLICACION MATERNA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
PRESENTO	173	43.3	43.3
NO PRESENTO	227	56.8	100.0
TOTAL	400	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos.

COMPLICACIONES MATERNAS PRESENTADAS DURANTE LA LABOR Y EL PARTO



Fuente:Boleta de recoleccion de datos

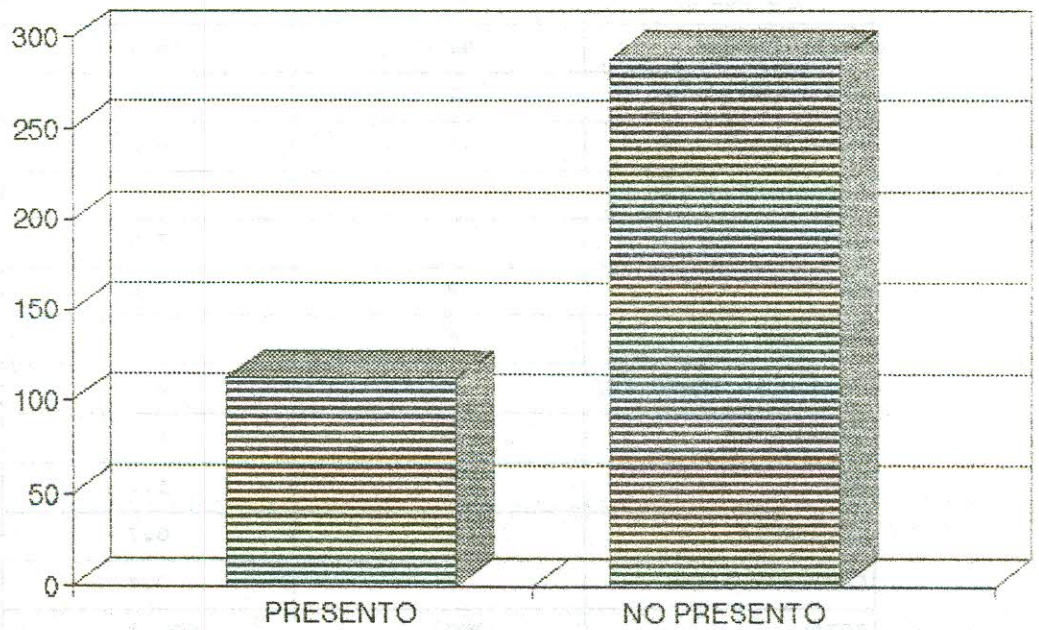
CUADRO No. 5

COMPLICACIONES FETALES PRESENTADAS DURANTE LA LABOR Y EL PARTO.
(Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993, en la maternidad cantonal Santa Elena III).

COMPLICACION FETAL	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
PRESENTO	112	28.0	28.0
NO PRESENTO	288	72.0	100.0
TOTAL	400	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos.

COMPLICACIONES FETALES PRESENTADAS DURANTE LA LABOR Y EL PARTO



Fuente:Boleta de recoleccion de datos

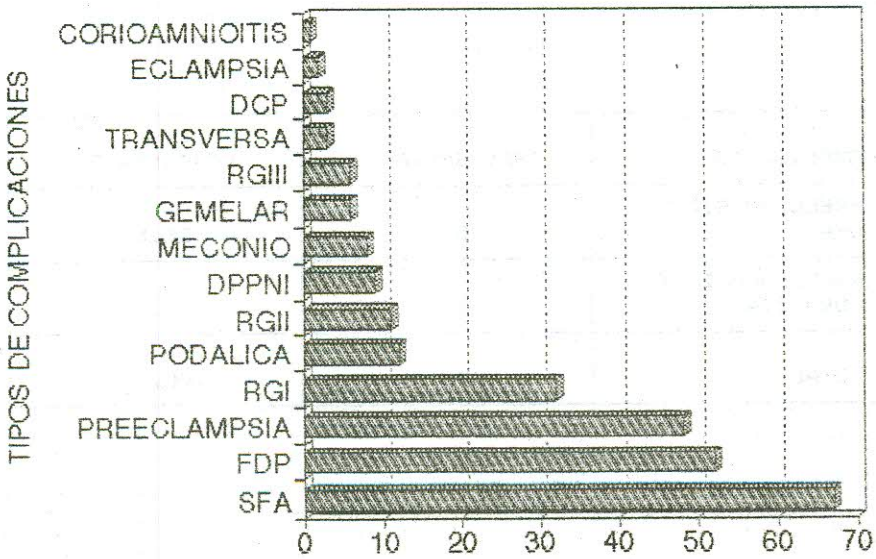
CUADRO No. 6

TIPOS DE COMPLICACIONES ENCONTRADAS DURANTE LA LABOR Y PARTO (Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993, en la maternidad cantonal Santa Elena III).

NOMBRE DE LA COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SUFRIMIENTO FETAL	67	25.8
FALTA DESCENSO Y P.	51	19.7
PREECLAMPSIA	48	18.1
RASGADURA GRADO I	32	12.3
PODALICA	12	4.6
RASGADURA GRADO II	11	4.2
DPPNI	9	3.5
MECONIO	8	3.0
GEMELAR	6	2.3
RASGADURA GRADO III	6	2.3
TRANSVERSA	3	1.1
DCP	3	1.1
ECLAMPSIA	2	0.7
CORIOAMNIOITIS	1	0.4
TOTAL	259	100.0

Fuente: boletas de recolección de datos.

TIPO DE COMPLICACIONES DURANTE LA LABOR Y EL PARTO



Fuente:Boleta de recoleccion de datos

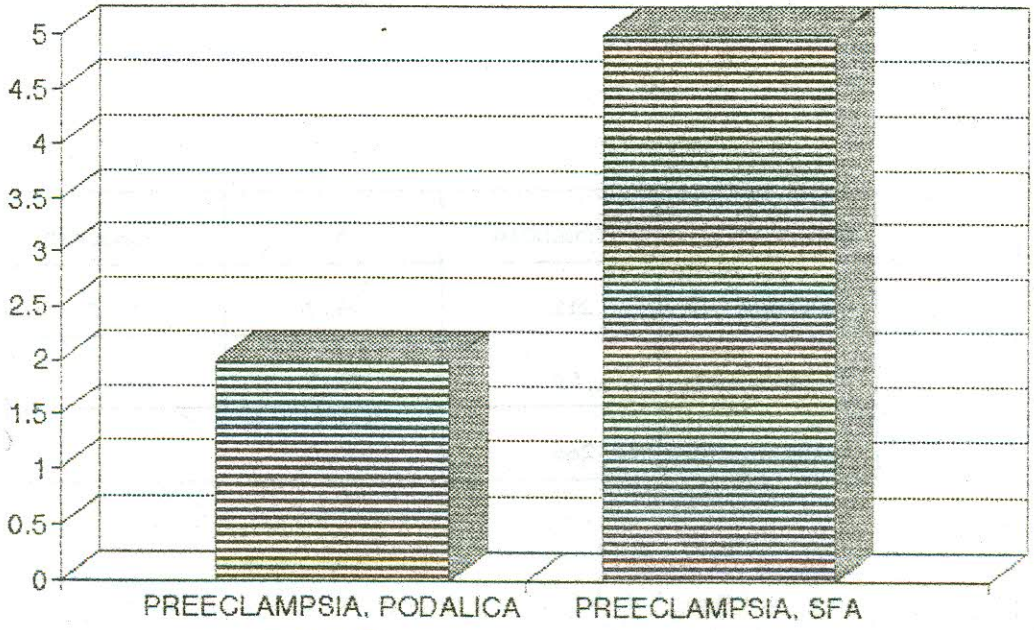
CUADRO No. 7

PACIENTES QUE PRESENTARON DOS COMPLICACIONES
(Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993, en la maternidad cantonal Santa Elena III).

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
PREECLAMPSIA Y SFA	5	28.5
PREECLAMPSIA Y PODALICA	2	71.5
TOTAL	7	100.0

Fuente: boletas de recolección de datos.

PACIENTES QUE PRESENTARON DOS COMPLICACIONES



Fuente:Boletas de recoleccion de datos

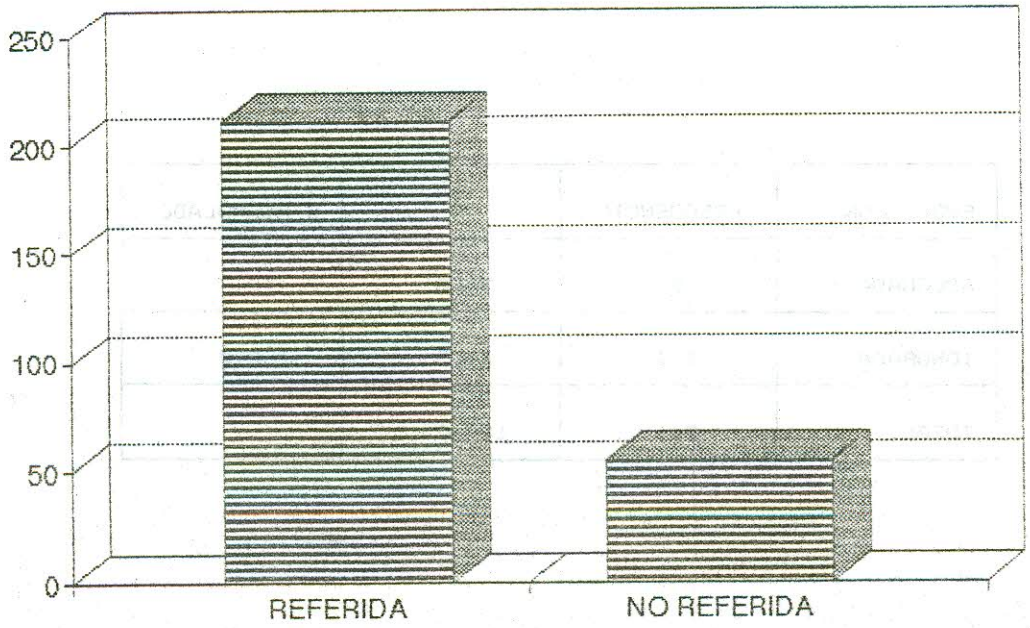
CUADRO No. 8

PACIENTES QUE FUERON REFERIDAS O NO POR ALGUNA COMPLICACION.
(Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993, en la maternidad cantonal Santa Elena III).

REFERENCIA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
REFERIDA	212	79.7	79.7
NO REFERIDA	54	20.3	100.0
TOTAL	266	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos.

PACIENTES QUE FUERON REFERIDAS POR ALGUNA COMPLICACION



Fuente:Boletas de recoleccion de datos

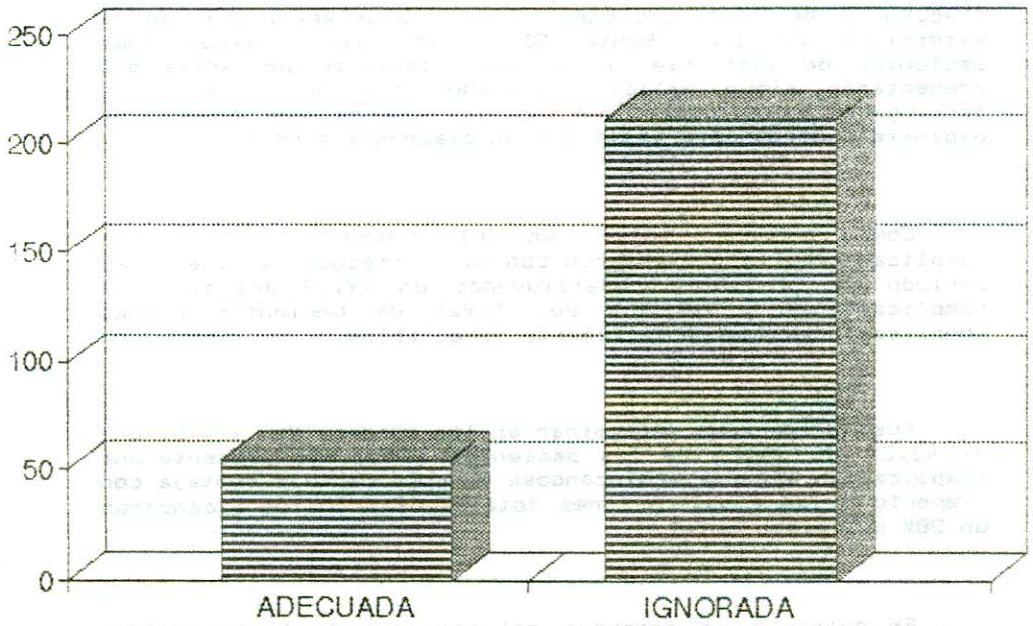
CUADRO No. 9

EVOLUCION DE PACIENTES QUE PRESENTARON ALGUNA COMPLICACION DURANTE LA LABOR Y EL PARTO.
(Período comprendido del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1,993).

EVOLUCION	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
ADECUADA	55	20.7	20.7
IGNORADA	211	79.3	100.0
TOTAL	266	100.0	

Fuente: boletas de recolección de datos.

EVOLUCION DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACION DURANTE LA LABOR Y PARTO



Fuente:Boletas de recoleccion de datos

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En los cuadros No. 1 y 6 observamos que de una población a estudio de 400 pacientes se encontró que en su mayoría (66.5%) se presentó alguna complicación; siendo las más frecuentemente encontradas, el sufrimiento fetal agudo, la falta de descenso y progresión, la preeclampsia y las rasgaduras grado I, correspondiendo las tres primeras al período de labor y la cuarta al período del parto. Como podemos analizar, este porcentaje elevado de pacientes con complicaciones no se correlaciona con la literatura obstétrica, ya que ésta menciona que la mayor parte de los embarazos son de bajo riesgo. El motivo de esa elevada frecuencia de complicaciones, podría deberse a que en la maternidad cantonal Santa Elena III se catalogó como pacientes de alto riesgo, a todas aquellas pacientes que presentaron algún hallazgo aislado, que pudo haber sido patólogico o no, pero que no se contaba con pruebas de gabinete u otros para verificar un diagnóstico certero.

Como podemos notar en el cuadro No. 2, las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia durante el período de la labor, constituyendo un 79.6% del total de complicaciones y un 53% del total de pacientes. Dichas complicaciones fueron facilmente detectables.

Además logramos determinar en los cuadros No. 4 y 5, que el 43.3% del total de las pacientes a estudio presentó una complicación materna, colocándose en considerable ventaja con respecto a las complicaciones fetales, las cuales alcanzaron un 28% del mismo total.

En cuanto a la conducta del personal de la maternidad Santa Elena III al enfrentarse a una complicación, pudimos determinar en el cuadro No. 8 que el 79.7% de las pacientes a quienes se detectó alguna complicación, fué referida a un centro hospitalario y solamente un 20.3% que corresponde a las pacientes complicadas durante el parto, no fueron referidas. Por lo tanto el 100% de las pacientes que se complicaron durante la labor, fueron referidas.

Causa de la elevada referencia podría ser el traslado de pacientes por simples hallazgos que pudieron o no, ser parte de una complicación. Por ejemplo, la referencia de una paciente por el hallazgo de hipertensión arterial que pudiera haber sido una simple hipertensión transitoria pero que por falta de recursos no se pudo descartar una preeclampsia.

Según el cuadro No. 9, la evolución de las pacientes complicadas que no fueron referidas sino que se manejaron en la mencionada maternidad, fue adecuada en un 100%. En las pacientes que sí fueron referidas, no se pudo conocer la evolución debido a que no existe ningún mecanismo de contrareferencia que brinde un informe. Del total de pacientes complicadas (266), un 20.7% tuvieron una evolución adecuada y un 79.3 una evolución ignorada.

Podemos darnos cuenta en el cuadro No. 7 que la mayoría de pacientes complicadas presentan solamente una complicación a la vez y que una minoría (2.6) presentan una combinación de dos complicaciones.

En páginas anteriores comentamos que la cobertura de la maternidad cantonal Santa Elena III desde su inicio se encuentra baja. Causa de esto es el elevado porcentaje de pacientes referidas a otro centro hospitalario y que posiblemente muchas de ellas se hubiesen podido atender adecuadamente en dicha maternidad.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes que acudieron a la maternidad cantonal Santa Elena III presentaron alguna complicación materna o fetal, durante la labor o el parto.

2. Las complicaciones encontradas con mayor frecuencia fueron: sufrimiento fetal agudo, falta de descenso y progresión, preeclampsia y rasgaduras grado I, presentandose las tres primeras durante la labor y la última durante el parto.

3. La labor constituyó el período en que más frecuentemente se presentaron complicaciones.

4. Se logró detectar el 100% de las complicaciones durante la labor por medio de una simple toma de presión arterial, auscultación de foco fetal, tacto rectal, etc. lo cual indica que la mayoría de complicaciones puede ser diagnosticada fácilmente y a tiempo.

5. Las complicaciones maternas se presentaron con mayor frecuencia que las complicaciones fetales.

6. El 100% de las pacientes a quienes se detectó complicaciones durante la labor, fueron referidas a un centro hospitalario de referencia.

7. La evolución de las pacientes complicadas que fueron manejadas en la maternidad cantonal fué adecuada.

8. Existe falta de un mecanismo de contrareferencia por lo que se ignora la evolución de la mayoría de pacientes referidas por complicaciones.

X. RECOMENDACIONES

1. Habiendo encontrado que la mayoría de pacientes presentan complicaciones, es recomendable que el personal de la maternidad cantonal Santa Elena III realice una retroalimentación sobre detección temprana y manejo de las complicaciones máś frecuentemente encontradas.

2. La detección de las complicaciones no requiere de métodos sotisficados, por lo que recomendamos una simple historia clínica y examen físico pero realizados a conciencia y minuciosamente, haciendo énfasis en las complicaciones que más frecuentemente se encontraron en este estudio.

3. Implantar un sistema de contrareferencia para que el médico que refiere a una paciente, tenga conocimiento del desenlace de la misma.

4. Recomendamos hacer énfasis en la detección de sufrimiento fetal agudo, falta de descenso y progresión y preeclampsia, mediante métodos sencillos como la toma de presión arterial, monitoreo fetal y examen físico completo.

XI. RESUMEN

El presente trabajo tuvó como finalidad determinar con que frecuencia las pacientes que acuden a la maternidad cantonal Santa Elena III, presentan complicaciones durante su labor y parto.

Para la realización de la mencionada investigación, se seleccionó un tipo de estudio descriptivo observacional con una población a estudio de 400 pacientes. Los datos se obtuvieron mediante una boleta de recolección de datos que fué llenada por el investigador por medio de la revisión de papeletas del archivo de dicha maternidad.

Se determinó que efectivamente, las pacientes en un 66% presentaron alguna complicación, de las cuales las más frecuentemente encontradas fuerón: sufrimiento fetal agudo, falta de descenso y progresión, preeclampsia y rasgaduras grado I. De las anteriores logramos observar que las tres primeras ocurrieron durante loa labor y la cuarta durante el parto.

Además notamos que la mayor parte de las complicaciones fueron en su mayoría maternas y durante el período de la labor, siendo en un 79.7% referidas a un centro hospitalario de referencia para su manejo adecuado. También encontramos que la evolución de las pacientes es en su mayoría ignorada, debido a que cuando son referidas ya no se cuenta con una contrareferencia que de un buen informe.

Por último, recomendamos poner énfasis en las complicaciones mayormente encontradas, para brindar una mejor atención a la paciente mediante detección temprana y referencia a otro centro.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Analisis de situación del niño y la mujer. UNICEF. Guatemala, Agosto 1,991.

2. Arias Fernando et al . Ginecología y obstetricia. Embarazo de alto riesgo. vol. 2, Madrid, 1,988, pag. 351-355.

3. Brenner WE. Edelman D.A. Hendricks CH. Characteristics of patients with placenta previa. Am Journal Gynecol obst 1,978; 132: 180.

4. Cavanagh Denis, et al. Urgencias obstétricas. Barcelona, Salvat, 1,982, 446 pag.

5. Comeau J. Shaw I. Marcell C.C. Lavery J.P. Early placenta previa and delivery outcome. Obstet and gynecol 1,983; 61: 577

6. Chesley L.C. Hipertensive disorders in pregnancy. New York, Appleton-century, crofts. 1,978 pp 2.

7. Dexeus S. Tratado de obstetricia. Barcelona, Salvat 1,982 pp 20-27.

8. Gibbons HF. et al. La mujer en la salud y el desarrollo. III Bol. of. sanit. Panam, 1,982 Junio 93(6): 522

9. Golan A. Sandback O. Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. Obstet gynecol 1,980; 56 : 549.

10. Hopwood HG. Shoulder dystocia. Am J. Obstet gynecol, 1,982; 144: 162.

11. OMS/OPS. Salud para todos en el año 2,000. Estrategias. Docum. No. 173, Washington D.C. 1,980.

12. OMS/UNICEF. Adopción de desiciones en el plano nacional sobre APS. Ginebra 1,981.

13. Peterson MEL. The aetiology and outcome of abruptio placentae. Acta obstet gynecol, Scand 1,989; 58: 31.

14. Recursos de salud en Guatemala. Documento de la Facultad de ciencias médicas, unidad introductoria 1,990.

15. Rodríguez MH. Masaki D.I. Phelan JP. Díaz FG. Uterine rupture. Am J obstet gynecol 1,989; 161: 666

16. Roy M. Pitkin MD. James Scott MD. et al. Urgencias en obstetricia. Clínicas obstétricas y ginecológicas, McGraw Hil, vol. 3 Mexico, 1,990. pp 395-405.

17. Schwartz BC. Dixon D.M. Shoulder dystocia. Obstet gynecol, 1,958; 11: 468.

18. Sholl JS. Abrupto placentae. Am J. Obstet gynecol, 1,987; 156: 40.

19. Schwarcs, RL. et al. Obstetricia. 4ta. edición. Buenos Aires, el Ateneo. 1,987. pp 602.

20. William Gant, Mcdonald P. y Pritchard. Obstetricia. 3a. edición, salvat, México, 1,987.

21. Yussman MH. Haynnes DM. Rupture of the gravid uterus. Obstet gynecol, 1,970; 36: 115.

ABREVIATURAS:

DCP: desproporción céfalo pélvica.

DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

FDP: falta de descenso y progresión.

SFA: sufrimiento fetal agudo.

RGI: rasgadura grado I

RGII: rasgadura grado II

RGIII: rasgadura grado III

XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Número de historia clínica:

2. Fecha en que consultó:

3. Presentó alguna complicación?

   sí____ no____

4. La complicación se presentó durante la labor?

   sí____ no____

5. La complicación se presentó durante el parto?

   sí____ no____

6. La complicación fué materna?

   sí____ no____

7. La complicación fué fetal?

   sí____ no____

8. Cuál fué el nombre, en terminología médica, que se le dió a la complicación encontrada?

_____

_____

9. Cuál fué la conducta que tomó el personal del centro de salud de Santa Elena al enfrentarse a dicha complicación? Se refirió la paciente?

   sí____ no____

10. Si la paciente no fué referida por la complicación presentada, cuál fué su evolución?

_____