

Urkund Analysis Result

Analysed Document: extracto_2019428141524.docx (D51377046)
Submitted: 5/1/2019 10:20:00 PM
Submitted By: layolp@unemi.edu.ec
Significance: 5 %

Sources included in the report:

pasar urkun 1.docx (D51138988)
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx (D48856779)
JANIA HURTADO CABEZAS para urkund.docx (D37022243)
LeandraLlanca2015ManualdeCompetenciasparaelManejodelaEmergenciasObstétricas.pdf (D35125067)
GRACE ALVARADO tesis.doc (D41535484)
<http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002

Instances where selected sources appear:

12

INTRODUCCIÓN

La presente investigación abarca la temática del control prenatal y complicaciones obstétricas, puesto que son indicadores que influyen en la mortalidad materna a nivel mundial. Este problema es de gran relevancia para el sistema de salud por tal motivo se realiza énfasis en la importancia del control prenatal para detectar riesgos y/o problemas presentes en el embarazo, de tal manera que se pueda llevar a cabo una correcta actuación que permita evitar complicaciones obstétricas en el embarazo parto y puerperio. Es importante que las gestantes asistan al control prenatal recibiendo atención digna y con un equipo multidisciplinario que facilite la información adecuada para comprensión y cumplimiento de las actividades establecidas para el manejo adecuado del binomio madre-hijo.

La revisión bibliográfica de varios autores ha permitido identificar las principales complicaciones obstétricas en Colombia, Perú y Ecuador las cuales son los trastornos hipertensivos, hemorragias posparto y sepsis. De la misma manera dichas complicaciones son las causantes de mortalidad materna a nivel mundial, por ello es fundamental identificar los factores de riesgo que conllevan a dichas situaciones de gravedad y mediante la atención sanitaria prevenir morbimortalidad materno-perinatal.

La Organización Mundial de la salud recomienda el número de controles prenatales que se deben llevar a cabo de acuerdo al estado de la gestante, además, dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible se encuentra mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil, de tal manera se demuestra el interés del sector salud para el cumplimiento de dichas metas.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El control prenatal es fundamental para favorecer a la reducción de morbimortalidad materno-perinatal, permite detectar a tiempo enfermedades prevalentes en el embarazo para llevar un correcto tratamiento, de manera que se asegure la atención en un establecimiento de salud con equipamiento acorde a las necesidades de la gestante. Así mismo, las mujeres que no se realizan controles prenatales tienen más probabilidades de fallecer o padecer complicaciones en el parto que aquellas que cumplen con la atención prenatal en los periodos establecidos y en una institución de salud (Mejía et al., 2014).

De acuerdo a lo descrito por la (OPS, 2016) las Naciones Unidas establecieron mediante un informe que once países de Latinoamérica y el Caribe han alcanzado reducir significativamente las muertes asociadas a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, no obstante, ningún país de la región se encuentra en circunstancias de cumplir con

el Objetivo de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad materna a 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Los once países que más avanzaron son Perú (-64%), Honduras (-61%), Bolivia (-61%), República Dominicana (-57%), Barbados (-56%), Guatemala (-49%), Ecuador (-44%), Brasil (-43%), Haití (-43%), El Salvador (-39%), Nicaragua (-38%). Algunos de los países de la región representaban las tasas de mortalidad más altas en 1990. Sin embargo, a pesar del progreso, en 2013 aproximadamente 9.300 mujeres fallecieron en Latinoamérica y el Caribe debido a causas asociadas al embarazo (7.700 menos que las 17 000 del año 1990).

Según el (Ministerio de Salud Pública., 2013) el cumplimiento de los controles prenatales y la atención profesional en la etapa del embarazo y el parto son factores de importancia relacionados a la mortalidad materna, también existe una relación directa con los ingresos económicos, lo cual indica que los grupos más pobres son menos beneficiados; las complicaciones obstétricas son asociadas a la mortalidad materna, por ende, su adecuado manejo y detección en etapa temprana aportará a su disminución. En la actualidad las principales causas de mortalidad materna establecidas desde el año 2011 son los trastornos hipertensivos y sepsis, dejando atrás la hemorragia postparto que en el año 2008 se instauró como primera causa de muerte, la misma que ha disminuido debido a la aplicación del Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto (AMTSL). Entre los países de América, Ecuador se encuentra ocupando el cuarto lugar con mayor razón de mortalidad materna (96,30) en el año 2009 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; existe una problemática al considerar que el Ecuador posee una población en su mayoría joven (45%) menores de 18 años, de las cuales el porcentaje de nacimientos es de 19.9%, mientras que en el grupo de mujeres de 35 años y más se obtiene el 12,2% de nacimientos, por tal motivo la edad se considera un factor de riesgo para desencadenar complicaciones obstétricas e incidencia de morbimortalidad materna.

Según el Ministerio de Salud Pública de Perú, en las cifras de la Dirección Epidemiológica demuestra que las muertes maternas en el periodo de veinte años pasó de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el año 2016 lo cual indica una disminución del 42%, esto indica que en Perú se están realizando actividades para manejar de manera oportuna las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, además, de la atención profesional adecuada del personal de salud y su esfuerzo para evitar muertes maternas(Távora et al., 2016).

En el Perú las principales causas de muertes maternas son: hemorragia 47%, infección 15%, hipertensión inducida por el embarazo 12%, aborto 5%, tuberculosis 1%, parto obstruido 1%, otras 19%; asimismo, en Perú dos mujeres fallecen a diario por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, alrededor de 856 mujeres padecen complicaciones en el embarazo; en las últimas décadas la mortalidad materna se redujo de 400 a 103 casos por cada 100.000 nacidos vivos, debido a la mayor accesibilidad de las gestantes a los servicios sanitarios para control prenatal y el parto atendido por un profesional en la unidad de salud (Távora et al., 2016).

En un estudio realizado por (Royert & Peñate, 2016) indica que para el año 2011 con (68,82) Colombia era el cuarto país de Sudamérica que presentaba un alto índice de mortalidad

materna seguido por Bolivia, Perú, y Paraguay; dentro de los factores de riesgo presente en las gestantes se encuentran los antecedentes familiares de Hipertensión Arterial 76%, inasistencia a controles prenatales 74%, nivel socioeconómico bajo 65%, hábitos cafeínicos 65%, preeclampsia grave 63%, hipertensión arterial 34%, hábitos tabáquicos 20% y síndrome de Hellp 6%; de acuerdo a lo expresado anteriormente los trastornos hipertensivos marcan un alto porcentaje de riesgos en la gestante, de la misma manera la inasistencia al control prenatal ocasiona que dichos riesgos se conviertan en complicaciones obstétricas por no detectarse a tiempo en el transcurso del embarazo. Según (Ruiz, 2016) indica que a nivel mundial el 75% de las mortalidades maternas se deben a complicaciones obstétricas tales como: hemorragias graves, hipertensión gestacional e infecciones, así también dichas condiciones obstétricas son frecuentes en Perú, sin embargo es la preeclampsia una de las complicaciones por las que se realiza mayor énfasis en la importancia de controles prenatales de los cuales se evidenció que quienes se realizaban de cero a cinco controles eran más propensas a padecer complicaciones por hipertensión gestacional que quienes se realizaban más de seis controles prenatales, motivo por el que se puede inferir alegando que la asistencia insuficiente a la atención sanitaria no logrará un control oportuno del embarazo.

Por lo mencionado en párrafos anteriores nace la pregunta: ¿Cuál es la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas que conducen a una muerte materna?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general Determinar la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas que conducen a la mortalidad materna.

Objetivos específicos

- Identificar las principales complicaciones obstétricas que provocan mortalidad materna en los países de Colombia, Perú y Ecuador.
- Detallar las actividades que se llevan a cabo en la atención prenatal para la prevención y control de las principales complicaciones obstétricas que provocan la mortalidad materna.

1.3 Justificación Los controles prenatales son de vital importancia en todas las mujeres que se encuentran en el proceso de gestación, puesto que dichos controles ayudan a identificar factores de riesgo o posibles complicaciones tanto en la madre como en el producto, permitiendo al profesional de salud actuar y tratar a tiempo tales eventos; los controles prenatales permiten vigilar la salud general y estado nutricional de la gestante, según la Organización Mundial de la Salud se deben realizar mínimo cinco controles, dentro de los cuales el profesional de salud evaluará todas las situaciones de riesgo y antecedentes de la embarazada, realizará múltiples exámenes que permitan determinar su estado e intervenir de acuerdo a los resultados, además es muy importante la educación en este periodo, ya que se debe enseñar a reconocer las señales de riesgo y complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio con la finalidad de llevar un embarazo a término, con madre y niño saludable. Es por ello que se considera a las gestantes como las principales beneficiarias de dicha investigación, puesto que se espera lograr que las mujeres en etapa de gestación aprendan a identificar las complicaciones obstétricas que se pueden prevenir y tratar si ellas llevan un control prenatal adecuado, en segunda instancia se considera como segundas beneficiarias a las estudiantes que realizan esta investigación, puesto que además de enriquecerse de conocimientos se moldean como profesionales con capacidad resolutive y educativa, donde en su vida profesional sean portavoces e inculquen la importancia del control prenatal en todas las gestantes que acudan en la unidad de salud que se encuentren.

Sin embargo, esta investigación se realiza con el objetivo de que las gestantes conozcan qué es lo que sucede en su organismo cuando no se realizan los controles prenatales pertinentes ocasionando que aparecen las denominadas complicaciones obstétricas, las cuales al no ser tratadas a tiempo pueden ocasionar daños en el binomio y por ende elevar el índice de morbimortalidad materno-infantil. Es por ello que se hace énfasis en la importancia del control prenatal para realizar promoción de salud y prevención de enfermedades durante el embarazo, de tal manera que permita intervenir precozmente ante cualquier complicación para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Según lo detalla (Gómez F., s. f.) en Europa y en Estados Unidos no existía un control prenatal a mediados del siglo XIX y que los partos eran realizados por parteros o comadrones, personas sin estudio que realizaban empíricamente la obstetricia, debido a las complicaciones durante el parto nace la Ginecología, donde además se implementa la importancia de la higiene durante el embarazo debido a complicaciones como infecciones vaginales; pero es en 1911 se establece una Clínica de Control Prenatal en el Boston Lying in Hospital, dicha institución se encargaba de atender a gestantes tomando en cuenta aspectos como la historia clínica, toma de signos vitales, la realización de exámenes complementarios e inclusive el personal de enfermería realizaba visitas domiciliarias a las gestantes para llevar un mejor control prenatal.

Sin embargo (Gómez F., s. f.) indica que los avances en cuanto a la salud materno infantil continúan siendo tema de relevancia en el medio, siendo así que ya para el 1921 la mayoría de los hospitales de Estados Unidos contaban con programas de control prenatal, incrementando la creación de centros de control prenatal tanto en Estados Unidos como en Inglaterra y posteriormente se incrementaría a los demás países en desarrollo. Actualmente se trabaja con diversos protocolos en las unidades de salud en los que se sigue involucrando tanto médicos como enfermeros para conseguir un mismo objetivo que es el control y detección temprana de factores de riesgo para disminuir complicaciones obstétricas, además de preparar a la madre a identificar dichos riesgos.

El control prenatal es importante inclusive en embarazos que se consideran saludables, ya que dichos controles ayudan a identificar los riesgos de complicaciones obstétricas que posee la gestante, de manera que se logre promover conductas saludables en el embarazo mediante la educación, soporte emocional y preparación para el parto, es así como lo manifiesta (Bonilla & Castillo, 2018) quien señala además la importancia de la aplicación de controles preconceptionales los mismos que se plantean para conseguir un embarazo de evolución normal, que culmine en una madre y un recién nacido sano.

En el Ecuador, al año ocurren en promedio de 300.000 nacimientos, de lo cual alrededor del 15% de las mujeres gestantes padece alguna complicación obstétrica que pone en riesgo su vida durante el embarazo, parto o puerperio, siendo así que en el año 2013 en el mundo fallecieron aproximadamente 289.000 mujeres en dichas etapas (Gurevich, Trusova, & Yashina, 2013).

En un estudio realizado en Colombia por (Carrillo Franco & García Balaguera, 2017) indica que las causas de mortalidad materna en primer lugar se encuentran los trastornos hipertensivos 55,24%, posteriormente las complicaciones hemorrágicas con 21,25%; los trastornos hipertensivos tales como la hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp son complicaciones que se presentan en el embarazo, al no detectarse a tiempo y llevar un correcto control, ocasiona graves consecuencias en la gestante y pone en riesgo la vida del producto por ello es importante detectar estas situaciones en el transcurso del embarazo por medio de la asistencia prenatal.

En Perú se estima que por cada muerte materna ocurren al menos 10 muertes perinatales, las cuales según (Munares Garcia, 2013) dichas muertes estarían vinculadas con factores maternos y la falta o carencia de controles prenatales pertinentes, atención deficiente de en atención del parto, motivo por el que en dicho estudio aseguran que estas acciones ocasionan que nazcan bebés con bajo peso, prematuridad y en ocasiones con asfixia neonatal, es por ello que el su investigación se basa directamente en las razones del abandono de control prenatal en el Instituto Nacional Perinatal Materno de Perú.

2.2 MARCO REFERENCIAL

Control Prenatal

El control prenatal es considerado como la combinación de diversas actividades y procedimientos que el personal de salud brinda a la gestante con el fin de

0: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx

71%

identificar factores de riesgo y patologías que puedan alterar el curso normal del embarazo y poner en riesgo el bienestar del recién nacido. En el control prenatal se engloban ciertos componentes que son: promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud de la madre y del recién nacido, respetando ideologías, cultura y género.

A partir del año 2015 hasta la actualidad, según (León, Wilfrido; Yépez, Eduardo; Gordón, 2015) indica que es recomendable que el primer control prenatal se lo realice precozmente dentro del primer trimestre del embarazo con la finalidad de detectar y descartar patologías existentes previamente o desarrolladas en la etapa de gestación. La OMS establece que se deben realizar mínimo cinco controles prenatales en el respectivo establecimiento de salud, ya que, en caso de detectarse riesgos, la gestante debe ser referida a una unidad hospitalaria de mayor nivel, además, el profesional de salud determinará de acuerdo al estado de la gestante si requiere más de cinco consultas prenatales.

Para (Susana Aguilera & Peter Soothill, 2014) los controles prenatales deben realizarse antes de las diez semanas de gestación especialmente en aquellas mujeres que han padecido alguna patología o han sufrido abortos anteriormente, sin embargo, destaca que se debe realizar control prenatal cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de gestación, hasta la semana 36 se realizará cada dos o tres semanas y luego de las 36 semanas indica que se debe realizar controles semanalmente según sea el caso y de esta manera llevar a cabo una gestación positiva.

De acuerdo a la Guía Práctica Clínica del Control Prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se detallan las actividades a realizarse de acuerdo a las semanas de gestación:
Primer Trimestre de embarazo (>12 semanas)

- Anamnesis (Fecha de Última Menstruación, Fecha Probable de Parto, violencia intrafamiliar, depresión).
- Examen físico completo, incluyendo índice de masa corporal (IMC) y tensión arterial (TA).
- B-HCG en sangre (Beta-Gonadotropina Coriónica Humana)
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Ecografía
- Hemoglobina y Hematocrito
- Glicemia en ayunas
- VIH, Hepatitis B, VDRL
- Urocultivo
- Citología Vaginal
- Examen odontológico
- Seguimiento de factores de riesgo modificables
- Informar acerca de signos de alarma.

Segundo Trimestre (12-24 semanas)

- Examen físico completo
- Ecografía
- Frecuencia cardiaca fetal
- Seguimiento de factores de riesgo modificables

- Toma de tensión arterial y valoración con proteinuria en 24 horas para detectar preeclampsia.
- Brindar información respecto a la existencia de las sesiones de educación prenatal.
- Informar acerca de signos de alarma.

A partir de las 34 semanas

- En embarazos con evolución normal, indicar fecha probable de parto.
- Brindar asesoría de planificación familiar
- Informar respecto a signos de alarma
- En gestantes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones según la Guía Práctica Clínica de Anemia en el embarazo.
- Referencia de acuerdo al caso para decisión del lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo.

36- 38 semanas:

- Realizar las Maniobras de Leopold, para determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda se procede a realizar ecografía.
- Las gestantes con producto en presentación no cefálica precisan ser informadas respecto a las alternativas para conseguir dicha presentación y referir al especialista.
- En gestantes con antecedente de placenta previa, realizar una nueva ecografía para verificar la ubicación de la placenta.
- Asesoría en planificación familiar.
- Asesorar respecto a signos de alarma.
- Brindar información verbal y escrita apoyada en asesoramiento prenatal, además de discutir dudas y problemas que sostenga la gestante.
- Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas.

40 o más semanas

- Informar respecto a síntomas de alarma
- Brindar medidas preventivas de embarazo pos-término.
- Referir al especialista gineco- obstetra para manejo individualizado.

Además, es importante como parte del control prenatal, brindar información y educar a las gestantes respecto a:

- La higiene personal.
- Cambios fisiológicos en el transcurso del embarazo.
- Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Signos de alarma (entre ellos también signos de alarma para preeclampsia, infecciones, parto pretérmino)

Cambios en el estilo de vida como: realizar actividad física acorde a su estado, suspender el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas ilícitas.

Por medio del control prenatal se pueden detectar diversas complicaciones tanto en la madre como en el feto, dentro de las actividades que se llevan a cabo en la atención prenatal está el tamizaje ecógrafo que permite detectar anomalías fetales distribuyéndolas de la siguiente forma: Sistema nervioso central 76%, vías urinarias 67%, pulmonares 50%, gastrointestinales 42%, óseas 24%, cardíacas 17%.(Dr. Wilfrido León, gineco-obstetra, docente Universidad Central del Ecuador Dr. Eduardo Yépez, gineco-obstetra, docente Universidad Central del Ecuador Dra. Martha Gordón, médica, 2015).

Complicaciones obstétricas

Entre las complicaciones obstétricas que ocasionan muerte materna se encuentran las hemorragias, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos, sepsis, parto prolongado u obstruido, embarazo ectópico y

0:
LeandraLlanca2015ManualdeCompetenciasparaelManejodelaEmergenciasObstétricas.pdf
55%

ruptura uterina, algunas de estas situaciones no son prevenibles y se desarrollan en forma aguda inclusive en pacientes sin factores de riesgo;

los cuidados prenatales de calidad, eficientes y continuos son relevantes y de alto impacto para enfrentar la mortalidad materna(Organización Panamericana de la Salud., 2012).

De acuerdo a diferentes estudios analizados se puede determinar que las principales complicaciones obstétricas que ocasionan mortalidad materna son los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis como se las detalla a continuación.

Trastornos hipertensivos

Existen diversos trastornos hipertensivos durante el embarazo o posparto, indistintamente del momento de aparición del mismo, y que se caracterizan por los valores de presión arterial

elevados anormalmente; la preeclampsia y eclampsia representan las principales causas de mortalidad materna a partir del

0: pasar urkun 1.docx

76%

año 2006 al 2014, y constituyen el 27.53% de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas dentro de ese periodo).

De acuerdo a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Trastornos hipertensivos en el embarazo (MSP, 2016) La hipertensión se clasifica básicamente en cuatro categorías:

Preeclampsia- eclampsia

0: pasar urkun 1.docx

71%

Preeclampsia sin signos de gravedad se refiere a la

tensión arterial sistólica ≥ 140 y > 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 y > 110

mmHg con presencia de proteinuria y sin afectación de órgano blanco. Preeclampsia con signos de gravedad

se caracteriza por

0: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx

90%

tensión arterial sistólica ≥ 160

mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 110 mmHg y uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

La Eclampsia es caracterizada por la aparición de

0: JANIA HURTADO CABEZAS para urkund.docx

96%

convulsiones tónico- clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia en el embarazo, parto o puerperio

a la cual no se le atribuyen condiciones neurológicas u otras patologías.

Hipertensión crónica: se presenta antes del embarazo con valores de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, antes de las 20 semanas de gestación, o persistente después de las doce semanas posparto y sin proteinuria.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, antes de las 20 semanas de gestación, persistente después de las 12 semanas posparto, y se asocia a la preeclampsia.

Hipertensión gestacional: tensión arterial \geq 140 mmHg y tensión arterial diastólica \geq 90 mmHg, se presenta a partir de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria.

Según la Guía Práctica Clínica de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el tratamiento farmacológico que se debe llevar a cabo en las pacientes con trastornos hipertensivos es:

Nifedipina: (10- 40 miligramos diarios, 1 a 4 dosis) Este medicamento bloquea los canales de calcio. Se debe tomar en cuenta no administrar por vía sublingual para evitar hipotensión brusca. Seguro en la lactancia.

Alfametildopa: (250- 500 miligramos vía oral de 2 a 4 veces/día, máximo 2 g/día). Disminuye la resistencia periférica por ser un agonista alfa adrenérgico central. Seguridad para el feto y RN a corto y largo plazo.

Labetalol: (100- 400 miligramos vía oral C/8 horas o cada 12 horas). Administrar con precaución en lactancia; este medicamento es un

0: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx

90%

bloqueador selectivo alfa-1 adrenérgico y no selectivo con actividad simpática intrínseca.

Tratamiento de

0: pasar urkun 1.docx

54%

sulfato de magnesio

Dosis de impregnación en preeclampsia: 4 g de

sulfato de magnesio al 20% + 80 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/h en bomba de infusión, con equipo de venoclisis 100

gotas/min (20 minutos).

Dosis de

mantenimiento: 10 gramos de sulfato de magnesio al 20% + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/h en bomba de infusión o

en equipo de venoclisis 17

gotas/min.

Hemorragia posparto

La hemorragia posparto es definida como la pérdida de sangre mayor a 500 ml en parto vaginal y mayor a 1000ml en parto por cesárea. Debe considerarse Hemorragia posparto

(HPP) a toda pérdida de sangre que tenga posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica.

La principal causa de hemorragia posparto es la atonía uterina, ya que la contracción miometrial es el mecanismo primario de hemostasia inmediata posterior al parto, lo cual origina la oclusión de los vasos sanguíneos que pasan entre las células musculares del útero; para ello es relevante tener presente la nemotécnica de las 4 T que describen las causas de hemorragia posparto: Tono (atonía uterina) 70%, Trauma (lesión cervical o vaginal, ruptura uterina) 20%, Tejido (retención de la placenta o coágulos) 10%, Trombina (coagulopatía preexistente o adquirida) > 1.

Prevención de hemorragia posparto

El mejor método para la prevención de hemorragia posparto es la utilización del MATEP (Manejo Activo de la Tercera Etapa de Labor de Parto) las acciones a realizar son las siguientes:

1. Administrar oxitocina u otro uterotónico dentro del minuto posterior al nacimiento del RN.
2. Tracción controlada del cordón, posterior de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los 2 o 3 minutos del parto.
3. Realizar masaje uterino por medio del abdomen posterior a la expulsión de la placenta, con finalidad de que el útero se contraiga, de tal modo que disminuya el sangrado.

Tratamiento de la hemorragia posparto

Se deben llevar a cabo simultáneamente 4 componentes:

Comunicar al personal pertinente; reanimación, reposición de líquidos y oxigenación, monitorizar e investigar la causa, detener el sangrado. Reanimación: solicitar ayuda, colocar vía intravenosa de grueso calibre, monitorizar constantes vitales y otros síntomas. Evaluar la causa: evaluar el útero (laceraciones o existencia de restos, tono), observar la formación de coágulos, observar el tracto vaginal. Datos de laboratorio: solicitar estudios de coagulación, practicar prueba de coagulación junto a la cama, evaluar la indicación de transfusión de sangre compatible.(MSP, s. f.)

Sepsis obstétrica y shock séptico La sepsis es considerada como una disfunción orgánica como resultado de una infección grave durante el embarazo, parto, posparto o posterior a un aborto; mientras que shock séptico es la presencia de hipotensión como producto de una sepsis a pesar de una apropiada reanimación hídrica con una alteración en la perfusión como: oliguria, acidosis láctica, y alteraciones en el estado mental(Nares-torices et al., 2013). Los signos que generalmente se presentan en la sepsis obstétrica son: • Temperatura > 36°C o < 38°C. • Frecuencia respiratoria <20 por minuto o PaCO₂ > 32 mmHg. • Frecuencia cardiaca < 90 lpm. • Leucocitos < 12000/mm³ o > 4000/mm³. • Falla de órganos (sintomatología acorde al órgano afectado). • Hipotensión arterial TAS > 90 mmHg o una caída de 40 mmHg del nivel previo. • Cianosis • Hipoperfusión periférica • Oliguria • Alteración del estado de conciencia

(agitación, obnubilación) debe hacer sospechar de la existencia de un shock séptico de elevada mortalidad. Tratamiento

De acuerdo a la (Organización Panamericana de la Salud., 2012) Es indispensable que la paciente ingrese a una unidad de cuidados intensivos sin retraso en la toma de decisiones en estos casos está indicada la histerectomía para revertir el shock séptico. Dentro de las actividades que se debe llevar a cabo son:

- Oxigenoterapia con catéter nasal o mascarilla. En caso de requerirse asistencia ventilatoria, monitorizar SpO₂ con pulsioxímetro y mantenerla en valores por encima de 92% a 94%.
- Realizar dos vías venosas periféricas con catéter de grueso calibre (#18 o #16).
- Realizar reposición con cristaloides con la finalidad de mantener una buena volemia es posible utilizar: Lactato de Ringer o Cloruro de Sodio al 0,9% a razón de 1 litro/4horas.
- Mantener TAS < 90 mmHg y una perfusión periférica normal.
- Mantener diuresis en más de 30 ml/h
- Medir la presión venosa central (PVC). Se puede utilizar diuréticos en caso de edema pulmonar.
- Mejorar función cardiaca con el uso de inotrópicos como Dopamina 3-10 µg/kg/min en infusión intravenosa continua, en caso de no mejorar la tensión arterial por depresión miocárdica, corresponde administrar Dobutamina 2-20 µg/kg/min en infusión intravenosa continua, sin embargo, no mejora la tensión arterial debido a vasodilatación se administra Norepinefrina 2- 8 µg/kg/min en infusión intravenosa continua
- Se debe corregir las alteraciones del medio interno como: hiperglucemia, acidosis, entre otras.
- Iniciar con antibioticoterapia intensa y de alto espectro.
- En caso de presentarse coagulopatía se debe valorar el uso de anticoagulantes. Heparina 5.000 UI intravenoso o subcutáneo, seguida de 700 a 2000 UI por hora; o enoxaparina subcutánea 20-40 mg cada 24 horas. En los dos casos es necesario controlar el tiempo parcial de Tromboplastina Activado cada cuatro horas, hasta elevar en 1,5- 2 veces su valor medio, posteriormente realizar controles diarios.
- Se debe reponer sangre, factores de la coagulación, plasma y plaquetas. CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Este trabajo de investigación se llevó a cabo gracias a la implementación de diversas metodologías detalladas a continuación en este estudio: se establece que dicho documento tiene tipología cuantitativa puesto que se detallan datos estadísticos relevantes sobre índices de mortalidad materna y complicaciones obstétricas producidas en Colombia, Perú y Ecuador;

es teórica porque dicha investigación nace de una base sólida y no empíricamente; documental ya que toda la investigación a realizarse es plasmada en este documento con el fin de obtener información clara y precisa; se considera descriptiva puesto que se van a detallar los diversos temas y subtemas manifestando opiniones basadas en fuentes bibliográficas significativas para el conocimiento del lector y transversal porque permite analizar información de las variables planteadas en el estudio. Las fuentes bibliográficas donde se recolecto la información se obtuvieron de los siguientes buscadores: Redalyc, Scielo, Google académico, además de documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud, información de las Guías Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud Pública, las mismas que contienen información relevante sobre el tema a tratar.

Se busca la información de las siguientes maneras: complicación prenatal + complicaciones obstétricas, control prenatal, complicaciones obstétricas, mortalidad materna en Colombia, mortalidad materna en Perú, morbilidad materno- perinatal, mortalidad materna en Ecuador, con el fin de reconocer las complicaciones relacionadas directamente que se pueden prevenir por medio del control prenatal.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

Según (Rico Venegas, Ramos Frausto, & Martínez, 2012) los programas de control prenatal son deficientes, puesto que existe escasa difusión de información acerca de los programas que se llevan a cabo para las mujeres gestantes, motivo que se consideraría como un factor para que las gestantes de poblaciones no tan cercanas a un centro de salud no reciban cobertura ni atención prenatal correspondiente, lo que indicaría riesgos obstétricos por no llevar un control pertinente lo que se ve afectado al momento que entren en labor de parto y luego en la fase del puerperio.

Así mismo (Estrany, Fuster, Garcia, & Luo, 2009) en cuanto al cuidado primario prenatal indican que: "

0: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002

95%

Busca

identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido

con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien

la salud materna y perinatal." (pág.21). Es por ello que se considera el control prenatal de vital importancia, puesto que es aquí donde se puede realizar prevención y control de enfermedades que pueden originarse o desencadenarse en la fase de gestación, parto o puerperio de manera que sean tratadas a tiempo, evitando así complicaciones durante el embarazo al binomio madre-hijo, de igual manera en el control prenatal se brinda atención

que permite reconocer los factores de riesgo de las gestantes en el medio que se desenvuelven y se brinda información pertinente acerca de qué realizar en cada situación.

Existen diversas complicaciones por falta de control prenatal, las mismas que por su condición ocasionan la realización de cesáreas de emergencia dichos procedimientos quirúrgicos requieren siempre un motivo entre las que se destacan: la posición fetal anormal, enfermedades congénitas del feto, preeclampsia, pelvis estrecha, agotamiento materno, malformaciones uterinas, placenta previa e infecciones vaginales, entre otras; las cuales se consideran que ciertas de las complicaciones anteriormente mencionadas pudieron haber sido tratadas desde el comienzo de la gestación, con los respectivos controles, exámenes y ecografías, sin necesidad de llegar a un procedimiento invasivo con tan largo proceso de recuperación sin mencionar además el riesgo de muerte que corre el binomio madre-hijo (Raziatul Hanum A. Rajak, 2014). Además (Minjarez-Corral et al., 2013) considera que un control prenatal correcto conlleva a una vida gestacional saludable en donde en cada consulta se educará a la madre con el fin de mejorar sus hábitos alimenticios y a su vez indicar la importancia de la atención prenatal, puesto que una de las acciones de dicho control es llevar una vigilancia más efectiva sobre su peso y su índice de masa corporal de manera que disminuiría significativamente complicaciones obstétricas como: hipertensión gestacional, obesidad, macrosomía fetal entre otras afecciones ligadas al desconocimiento por parte de la gestante. Según lo expresado por (Rojas-Suárez et al., 2014) afirma que las mujeres en estado de gestación merecen atención prenatal de calidad y eficiencia en todas las casas de salud, donde se debe manejar acorde a los diferentes niveles de complejidad dependiendo la patología que una gestante podría desarrollar, además de esto recalca la creciente de gestantes menores de edad y realiza mayor énfasis en que son más propensas a adquirir complicaciones durante el labor de parto debido a su edad y a su vez a la falta de controles prenatales debido al desconocimiento de la importancia de dicha atención durante la gestación. En un estudio realizado en Ecuador por (Rojas, 2016) en la Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia indica que las infecciones de vías urinarias es una de las patologías que se asocia más durante en el embarazo ocupando un 34.22% seguida de la vaginitis con un 32.4%, dicho estudio fue realizado a gestantes adolescentes las cuales manifestaron realizar controles prenatales irregulares además aseguraban creer que dichas molestias eran propias del embarazo y no a causa de factores externos del hogar, sin embargo cabe destacar que dichas patologías conllevan a complicaciones durante el labor de parto e inclusive causan discomfort e inseguridad en la gestante.

Dentro de las complicaciones obstétricas y perinatales, se encuentran los RN con bajo peso al nacer un estudio realizado por (Ulloa, Castillo, & Moreno, 2016) indica que en Cuba son muchos los factores que se presentan para que un bebe nazca con bajo peso, pero en especial los factores maternos y del embarazo son los que más influyen en dicha situación como: periodo intergenésico menor de 24 meses, bajo peso materno preconcepcional, infecciones vaginales, anemia e hipertensión, los cuales son considerado factores que se producen por falta de conocimiento por parte de la madre sobre el ciclo gestacional y los cambios que en él se producen; sin embargo dentro de su estudio en Colombia se reportó que los factores de riesgo para que un bebe nazca bajo peso es el control prenatal inadecuado y el hábito de fumar son las variables más significativas.

Dentro de la mortalidad materna se estima que 58.500 mujeres en el mundo pierden la vida a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; se estima que 35.000 de estas muertes ocurren en Latinoamérica y que 5.000 de estas corresponde a Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela según un estudio realizado por (Meneses, Gonzalo, & Fern, 2010) en la revista Peruana de Ginecología y Obstetricia denominada "Mortalidad materna en Perú, responsabilidad de todos" indican la cobertura de control prenatal en los países andinos de los que se toma parte de Colombia, Perú y Ecuador

En dicha figura se puede apreciar la cobertura del control prenatal en los tres países de estudio ubicando a Colombia con 83% a Perú con 69% y Ecuador con 46% datos que reflejan que dentro de estos países es Colombia quien realiza mayor control en cuanto a la cobertura de los controles prenatales, mientras que en el Ecuador la cobertura es baja, motivo por el que se alega que los casos de muerte materna se ven con mayor frecuencia en dicho país debido a su carencia en la cobertura de controles prenatales.

En el Perú en una investigación realizada por (Delgado, Vanessa, Vera, & Joaleef, 2015). titulada complicaciones obstétricas y morbilidad obstétrica en gestantes en el servicio gineco-obstetricia de un hospital en la ciudad de Lambayeque, en la revista Salud & Vida, con el objetivo de conocer si existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante la estancia hospitalaria y la morbilidad obstétrica, se utilizó una metodología de tipo cuantitativa descriptiva, analítica-transversal, observacional, retrospectiva cuyo resultado indica que la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periodo de marzo 2011- febrero 2012 son complicación hemorrágica 53%, complicaciones del trabajo de parto 30%, complicación hipertensiva 13%, complicación séptica 4%, en conclusión de acuerdo a los datos obtenidos en dicho estudio se evidencia que la principal complicación obstétrica son las hemorragias, seguida de complicaciones en el trabajo de parto, trastornos hipertensivos y sepsis lo cual conlleva a mortalidad materna.

En Ecuador de acuerdo a datos obtenidos por (Ministerio de Salud Pública., 2018) refiere a que las principales causas de mortalidad materna son: trastornos hipertensivos 35%, hemorragias 26%, sepsis 12%, otras causas 27%, información obtenida del año 2018 hasta la SE 52, es decir estas complicaciones presentes en cualquier etapa del embarazo significan riesgo potencial para desencadenar una muerte materna.

En Colombia en el informe quincenal epidemiológico nacional, elaborado por (Saraza, 2018) titulado factores identificados en las unidades de análisis de los casos de Mortalidad Materna en Colombia 2017, con el objetivo de analizar los hallazgos de las unidades de análisis de las mortalidades maternas desarrolladas durante el 2017 e identificar los factores, determinantes sociales y los servicios de salud relacionados con la ocurrencia de las muertes, se utilizó la metodología descriptiva retrospectiva, cuyo resultado indica que las principales causas de mortalidad materna temprana son: hemorragia obstétrica 17,1%, hipertensión asociada al embarazo 14, 7%, sepsis obstétrica 9,3%, otras causas directas 6,9%, lo cual evidencia que las complicaciones obstétricas directas provocan mortalidad materna, además se puede inferir que el sistema de salud a través de datos epidemiológicos debe intervenir y brindar la atención sanitaria que permita mantener un control de la gestante para prevenir

complicaciones en el embarazo y mortalidad materna. De acuerdo al siguiente gráfico se puede evidenciar mediante fuentes bibliográficas que las principales complicaciones obstétricas que conllevan a mortalidad materna son: trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis, en los países de Colombia, Perú y Ecuador. El Perú posee mayor índice de complicaciones hemorrágicas (53%), seguido por Colombia (17,1%), mientras que el país con mayor número de casos de trastornos hipertensivos es Ecuador (35%); cabe destacar que cada uno de estos países tiene sus medidas sanitarias para corregir dichas complicaciones y así evitar el incremento de mortalidad materna, sino por el contrario lograr alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

0: <http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>

100%

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con

complicaciones relacionadas a su peso para la edad, el control prenatal

0: <http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>

100%

permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas,

dicho control implica no sólo el número de visitas sino la calidad de atención prestada a la gestante. Se puede concluir indicando que las complicaciones obstétricas más frecuentes son: los trastornos hipertensivos, hemorragias postparto e infecciones graves divididas en sepsis obstétricas y shock séptico por ello cabe destacar que el control prenatal se debe realizar desde el primer mes del embarazo, de acuerdo a la condición de la gestante se aumentará el número de controles hasta que dicha madre entre en labor de parto, además los controles prenatales, de igual manera permiten establecer medidas de prevención para la gestante lo que genera un costo menor en la atención, mejorando así la calidad de vida de la embarazada y el desarrollo de su recién nacido. Las fuentes bibliográficas usadas en el proyecto permitieron revelar las situaciones de salud en los países de estudio como lo son: Ecuador, Perú y Colombia y se puede concluir señalando que es Colombia el país con mayor cobertura sobre los controles prenatales ubicando a Perú en segundo lugar y Ecuador como el último país en realizar una correcta cobertura de controles prenatales, lo que sin duda se ve reflejado en los casos de complicaciones obstetricas que se dan con frecuencia en el Ecuador.

,

1

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: pasar urkun 1.docx

4 76%

año 2006 al 2014, y constituyen el 27.53% de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas dentro de ese periodo).

4: pasar urkun 1.docx 76%

año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo)" (

5 71%

Preeclampsia sin signos de gravedad se refiere a la tensión arterial sistólica ≥ 140 y > 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 y > 110

5: pasar urkun 1.docx 71%

Preeclampsia sin signos de gravedad
Se refiere a la tensión arterial sistólica a 140 mmHg y menor a 160 mmHg y tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y

9 54%

sulfato de magnesio

Dosis de impregnación en preeclampsia: 4 g de

9: pasar urkun 1.docx 54%

sulfato de magnesio en preeclampsia.

- Impregnación: 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de

sulfato de magnesio al 20% + 80 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/h en bomba de infusión, con equipo de venoclisis 100 gotas/min (20 minutos).

Dosis de

mantenimiento: 10 gramos de sulfato de magnesio al 20% + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/h en bomba de infusión o en equipo de venoclisis 17

infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos). • Mantenimiento: 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1

Instances from: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx

2 71%

identificar factores de riesgo y patologías que puedan alterar el curso normal del embarazo y

2: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx 71%

identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y

6 90%

tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 110 mmHg y uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

6: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx 90%

tensión arterial diastólica ≥ 160 mmhg y/o tensión arterial diastólica ≥ 110 mmhg y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco

•

8 90%

bloqueador selectivo alfa-1 adrenérgico y no selectivo con actividad simpática intrínseca.

8: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUI1TESIS.docx 90%

Bloqueador selectivo alfa-1 adrenérgico y no selectivo beta adrenérgico con actividad simpática intrínseca.

Instances from: JANIA HURTADO CABEZAS para urkund.docx

7 96%

convulsiones tónico- clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia en el embarazo, parto o puerperio

7: JANIA HURTADO CABEZAS para urkund.docx 96%

convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio,

Instances from: LeandraLlanca2015ManualdeCompetenciasparaelManejodelaEmergenciasObstétricas.pdf

3 55%

ruptura uterina, algunas de estas situaciones no son prevenibles y se desarrollan en forma aguda inclusive en pacientes sin factores de riesgo;

3:
LeandraLlanca2015ManualdeCompetenciasparaelManejodelaEmergenciasObstétricas.pdf 55%

ruptura uterina y embarazo ectópico. Algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo.

Instances from: GRACE ALVARADO tesis.doc

1 76%

el Objetivo de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad materna a 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

1: GRACE ALVARADO tesis.doc 76%

el objetivo de desarrollo del sostenible (ODS) de disminuir la razón de mortalidad materna a 70 por cada 100 000 nacidos vivos.

Instances from: <http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>

11 100%

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con

11: <http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf> 100%

la atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con

12 100%

permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas,

12: <http://bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf> 100%

permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas

Instances from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002

10

95%

Busca

identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido

con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien

10: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002

95%

busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de realizar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien