



Incidencia de complicaciones obstétricas del parto en gestantes atendidas en Hospital General Rodríguez Zambrano

Incidence of obstetric complications of childbirth in pregnant women served at the Rafael Rodríguez Zambrano General Hospital

Novoa Mero Jhon Erick Dr. ¹
Zambrano Andrade Luis Fernando Dr. ²
Sánchez Rodríguez Johanna Mabel Dra. ³
Zambrano Santos Roberth Olmedo. Ph.D. ⁴

¹Hospital General Francisco de Orellana, Ecuador, Email: mcdesmero25@gmail.com, Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-1347-3232>

²Ministerio de Salud Pública, Ecuador, Email: luiszambrano@gmail.com, Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-6252-3620>

³Universidad Estatal del Sur de Manabí, Universidad Laica Eloy Alfaro Manabí, Manta – Ecuador, Email: dramabelsan24@hotmail.com, Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7799-1151>

⁴Universidad Estatal del Sur de Manabí – Instituto Superior Tecnológico Portoviejo, Email: robert.zambrano@unesum.edu.ec, roberth.zambrano@itsup.edu.ec, Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4072-4738>

Contacto: mcdesmero25@gmail.com

Recibido: 20-08-2023

Aprobado: 12-10-2023

Resumen

Se define como complicaciones obstétricas a las interrupciones y trastornos que pueden presentarse durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de las muertes maternas son causadas por complicaciones prevenibles, gracias a una correcta identificación y tratamiento de la misma. Identificar la frecuencia de complicaciones obstétricas y así establecer futuras propuestas para trabajar en su prevención y tratamiento. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, en el cual se procedió a la revisión de historias clínicas e identificación de las diferentes complicaciones y características obstétricas correspondientes. De las 119 pacientes que se incluyó en el estudio, las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia son: rotura prematura de membrana con 58 pacientes (48.73%) y

preeclampsia severa con 38 pacientes (21.00%); evidenciándose una mayor incidencia de rotura prematura de membrana en gestantes multíparas y mayor desarrollo de preeclampsia severa en pacientes nulíparas. Se pudo identificar una relación entre la presencia de complicaciones obstétricas y controles prenatales insuficientes, representado por un total de 77 pacientes (64.70%) que presentaron 4 o menos controles prenatales durante la gestación, además de un alto porcentaje de gestantes adolescentes 31 pacientes (26.05%). La incidencia de cesárea se vio aumentada por la presencia de complicaciones obstétricas, sobre todo preeclampsia severa. Lo anterior nos pone en manifiesto la importancia de conocer cuáles son las principales complicaciones obstétricas, para trabajar en su prevención y tratamiento, disminuyendo la morbilidad materna, perinatal y neonatal.

Palabras clave: Embarazo; Complicación; Obstétricas; Pacientes, Incidencia

Abstract

Obstetric complications are defined as disruptions and disorders that may occur during pregnancy, childbirth and the puerperium. Most maternal deaths are caused by preventable complications, thanks to their correct identification and treatment. To identify the frequency of obstetric complications and thus establish future proposals to work on their prevention and treatment. A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out at the Rafael Rodríguez Zambrano General Hospital, in which the medical records were reviewed and the different complications and corresponding obstetric characteristics were identified. Of the 119 patients included in the study, the obstetric complications that occurred more frequently were: premature rupture of the membrane with 58 patients (48.73%) and severe preeclampsia with 38 patients (21.00%); showing a higher incidence of premature membrane rupture in multiparous pregnant women and a greater development of severe preeclampsia in nulliparous patients. It was possible to identify a relationship between the presence of obstetric complications and insufficient prenatal controls, represented by a total of 77 patients (64.70%) who had 4 or fewer prenatal controls during pregnancy, in addition to a high percentage of adolescent pregnant 31 patients (26.05 %). The incidence of caesarean section was increased by the presence of obstetric complications, especially severe preeclampsia. The foregoing shows us the importance of knowing which are the main obstetric complications, to work on their prevention and treatment, reducing maternal, perinatal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: *Pregnancy; Complication; Obstetrics; Patients, Incidence*

Introducción

El embarazo es el periodo comprendido entre la fecundación y el nacimiento del recién nacido, periodo caracterizado por una serie de cambios fisiológicos que preparan el cuerpo de la mujer para el desarrollo de un nuevo ser, además también es un periodo frágil en el cual se pueden presentar una serie de complicaciones

que si no se tratan adecuadamente pueden comprometer la vida de la madre y del bebe.

Las complicaciones obstétricas hacen referencia a la disrupción y trastornos sufridos durante el embarazo, parto y puerperio (Sharon Ishikawa, 2009). La organización mundial de la salud (OMS) establece la morbilidad obstétrica relacionada con las intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resultan del embarazo, parto y puerperio. El presente trabajo de investigación busca establecer la incidencia de complicaciones obstétricas previas o durante el parto de las gestantes atendidas durante febrero a julio del año 2020 en el Hospital General Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, casa de salud que participó activamente en la emergencia sanitaria establecida por la pandemia del coronavirus.

Las complicaciones que se presentan en las mujeres durante el embarazo, parto o luego de este en su mayoría son prevenibles, otras pueden estar presentes antes del embarazo y se agravan con la gestación si no se tratan como parte de la atención sanitaria a la mujer (Salud, 2019). Se considera a las mujeres gestantes una población vulnerable, ya que tiene cierta susceptibilidad y factores protectores para la evolución natural de enfermedades en especial por su respuesta inmune. (fetal, 2020)

En el Ecuador se considera la mortalidad materna como un problema de salud pública y como prioridad nacional (Constitución 2008, Código de Salud 2006, Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017) (SENPLADES, 2009) y se han realizado importantes esfuerzos para reducirla. Se ha formulado el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y desde 2016 el Ministerio de Salud Pública (MSP) ejecuta la Iniciativa Ecuador sin Muertes Maternas.

En el año 2019, hasta la semana 50, se notificaron 131 muertes maternas (MM), de las cuales 78.62% (103MM) son MM antes de los 42 días del puerperio y 21.37 % (28MM) son MM tardías posterior a los 42 días de terminado el puerperio, pero menos de un año. Las principales causas de muerte maternas son:

trastornos hipertensivos con el 25.49% (26MM); las hemorragias obstétricas con el 23.52% (24MM) y las causas indirectas 23.53 (24MM) y la provincia de Manabí ocupó el tercer puesto con mayor número de muertes maternas. En el año 2020 hasta la semana 30 se han notificado 102 muertes maternas (MM) de las cuales: el 90% (92) son muerte materna antes de los 42 días de puerperio y el 10% son muertes maternas tardías. Comparado el año 2020 con el año 2019 hasta la SE30 hay un aumento de 18 muerte materna en el año 2020, y entre sus principales causas los trastornos hipertensivos con el 33.33% (31MM); las hemorragias obstétricas 14.44 (13MM) y las causas indirectas 34.44% (32MM). Siendo así las provincias que notificaron mayor número: Guayas (24MM); Pichincha (14MM) y Manabí (13MM) (Publica S. N., 2020).

Por todo lo anterior expuesto, establecemos que es importante conocer cuál es la frecuencia de presentación de las diversas complicaciones obstétricas, para preparar al personal de salud y trabajar en la prevención y cuidado obstétrico correspondiente.

Se propone determinar la incidencia de las complicaciones obstétricas de las gestantes atendidas en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano periodo febrero - julio del 2020, para lo cual se va a identificar las características obstétricas de las gestantes atendidas en el hospital además de relacionar las complicaciones obstétricas con las características obstétricas de las gestantes atendidas e identificar la problemática del Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano en relación con las complicaciones obstétricas y proponer medidas estratégicas y preventivas futuras.

El embarazo es un proceso que cursa la mujer, en el cual sufre una serie de cambios fisiológicos en los diversos órganos, aparatos y sistemas, preparando su organismo para poder desarrollar un nuevo ser en su útero, periodo comprendido desde el primer día de la última regla y se calcula la fecha probable de parto 40 semanas más tarde. Se considera que el embarazo dura alrededor de 266 días desde el

momento de la concepción, o 280 días desde el último período menstrual, esto si los periodos son regulares cada 28 días. (Artal-Mittelmark, 2019)

Las complicaciones obstétricas hacen referencia a disrupciones y trastornos los cuales pueden ocurrir durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto. Entre las cuales se pueden mencionar los trastornos hipertensivos como la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como la principal complicación que aumenta morbimortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. (Clinica, 2013)

Según los autores la eclampsia, se puede presentar en pacientes sin antecedente de preeclampsia en las que el evento convulsivo es el debut de la entidad, y aún sin HTA o signos sistémicos de la misma. En ocasiones solo se acompaña de un ligero movimiento de las enzimas hepáticas. (Lezcano , y otros, 2019).

Luego tenemos el síndrome de HELLP se establece como un subtipo de preeclampsia por sus características. En este caso existe un daño endotelial, específicamente en la microvasculatura, afectando a todos los órganos, aparatos y sistemas, y no solamente al hígado. (Tamayo, Malcolm, Mendoza, & Hurtado, 2019)El síndrome de HELLP se caracteriza por presentar trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas y anemia hemolítica microangiopática. El síndrome de HELLP, por su gravedad, utilizamos la tabla de clasificación de MISSISSIPPI:

Luego están las patologías hemorrágicas que son trastornos que se pueden presentar durante la gestación, ocasionando hemorragia genital, estas pacientes pueden presentar un deterioro significativamente rápido en particular si se presentan a partir de la segunda mitad del embarazo. Como medida inicial se debe evaluar la perdida hemática, valorar el estado hemodinámico para dar medidas de soporte vital. Posteriormente identificar correctamente el sitio de sangrado, datar la gestación y hacer

diagnóstico diferencial. El objetivo del tratamiento es recuperar o prevenir el deterioro y continuar con la gestación dependiendo el caso.

Es preciso preguntar por la edad gestacional y, si se dispone de estudios de imágenes previos como ecografías, además verificar la localización de la placenta y analizar e interrogar algún traumatismo previo, coito o inicio espontáneo. (Solana, 2009)

Dentro de los trastornos hemorrágicos se abordan el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa y rotura uterina cada una con sus factores de riesgo asociados.

El sangrado postparto se la define como la pérdida hemática que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en el paciente. También se lo define como una pérdida > 500ml de sangre por parto vía vaginal y más de 1000 ml por parto vía abdominal-cesárea o un descenso de un 10% en el hematocrito basal de la paciente; también se considera pérdida de sangre de 500ml o más en 24 horas después del parto. (FASGO, y otros, 2019),

La rotura prematura de membranas se refiere a la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce después de la semana 20 de gestación hasta antes de iniciar la labor de parto y se considera una ruptura prolongada cuando tiene duración mayor a 24 horas y el periodo de latencia hace referencia al tiempo transcurrido entre la ruptura y el inicio de trabajo de parto. (Ramos, 2018).

Luego están los problemas metabólicos como la diabetes gestacional se caracteriza por un aumento patológico de la resistencia a la insulina, acompañado de disminución de la sensibilidad a la insulina y una secreción deficiente de insulina que conduce a la madre y al feto a hiperglucemia; y se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos (Publica M. d., 2014). Un dato a tener en cuenta es que la mayor parte casos, 35% de las gestantes que padecen de diabetes gestacional tiene realmente diabetes preexistentes.

Además, se presentan problemas relacionados con el tamaño del producto y la cavidad pélvica como la amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino.

Un nacimiento prematuro se define comúnmente como aquel que ocurre después de las 22 semanas de gestación y antes de las 36.6 semanas de gestación, independiente del peso al nacer.

La prematuridad constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal y es responsable del gran porcentaje de muertes infantiles. constituye cerca del 70% de la mortalidad perinatal y el 75% de la morbilidad (Quirós, Alfaro, Bolívar, & Solano, 2016)

Además, puede existir disparidad entre el diámetro de la cabeza fetal y la pelvis materna. Durante el ciclo evolutivo de la gestación pueden presentarse diferentes tipos de riesgo obstétricos pudiendo ser generados por antecedentes patológicos o de origen recientes desarrollados durante la gestación; estas alteraciones pueden ser prevenibles siempre y cuando se acuda a control prenatal, en ellos se puede lograr identificar dichas complicaciones siendo estas altamente prevenibles o tratadas, obteniendo así un embarazo seguro protegiendo la salud materna y disminuyendo el riesgo perinatal de padecer secuelas o de fallecer.

El estudio se realizó en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta. La población de este estudio se encuentra conformada por todos los expedientes clínicos de las gestantes atendidas en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, durante el período febrero-julio del 2020 que desarrollaron alguna complicación obstétrica.

Se involucró a los investigadores que eran estudiantes de medicina en período de internado, las tutoras científicas y metodológicas además del personal del hospital que labora en esas áreas y en el departamento de estadística y la logística de Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

El presupuesto de investigación fue financiado por los autores.

Materiales y métodos

La investigación es no experimental, estudio descriptivo-correlacional retrospectivo de corte transversal.

Este estudio aportó información valiosa que sea de utilidad para futuras investigaciones en el país y en la unidad de salud donde se realizará, además se espera difundir los conocimientos y datos adquiridos para mejorar las estrategias en prevención, diagnóstico, de estas patologías y direccionar de manera más adecuada los esfuerzos para prevenir las complicaciones y así mejorar la calidad de vida de las pacientes.

El estudio fue transversal, descriptivo-correlacional retrospectivo, en el cual se analizaron datos de las historias clínicas de pacientes que presentaron complicaciones obstétricas, de las pacientes atendidas servicio de Ginecología del Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano en el periodo febrero julio del año 2020, (cabe recalcar que el estudio fue durante la pandemia) la información se encuentra en la base de datos de historia clínicas de esta casa de salud, se recolectarán los datos a partir del instrumento adjunto en el que se registrarán las características epidemiológicas ya descritas.

En el caso de este estudio se realizó una declaración de compromiso de protección y uso de datos únicamente para la investigación propuesta, divulgados bajo ningún concepto.

La recolección de la información se realizó en un ambiente de privacidad y el investigador garantiza la absoluta reserva de la información recabada siguiendo las normativas éticas emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM).

Se incluyeron a gestantes a partir de las 27 semanas de gestación, que fue atendido su parto en el área de Gineco-obstetricia y presentaron complicación obstétrica en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, periodo febrero – julio 2020.

Se excluyeron historiales clínicos de pacientes con datos incompletos además de las gestantes que se encuentran antes de las 27 semanas de gestación y las pacientes que cursaban el puerperio inmediato

Se analizarán las historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital general Rafael Rodríguez Zambrano, quienes recibieron atención de su parto vaginal o abdominal durante el periodo febrero-julio 2020, se recolectarán los datos a partir de un instrumento en el que se registrarán las características, descritas en las variables como edad, paridad, tipo de parto, numero de control prenatal y complicaciones quirúrgicas. El análisis de datos se realiza en Epidat.

En este estudio se utilizó instrumentos de recolección de datos validados en otras investigaciones.

Tablas y gráficos

El estudio se realizó en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, en un periodo comprendido entre febrero a julio del año 2020, tuvo un universo de 186 pacientes, de los cuales mediante criterios de inclusión aplicados se obtuvo una población de 119 pacientes a investigar. De los pacientes en estudio: 119 pacientes (63.97%) presentaron complicaciones obstétricas, las cuales fueron tratadas y estabilizadas con posterior finalización del embarazo por vía vaginal o abdominal correspondientemente; 11 pacientes (5.91%) presentaron complicaciones obstétricas pero que ameritaba manejo por tercer nivel, por ende, una vez estabilizadas fueron derivadas; 5 pacientes (2.68%) presentaron complicaciones obstétricas, se dio tratamiento hospitalario y una vez estabilizado se le dio alta médica con posterior control en primer nivel de atención; 51 pacientes (27.41%) fueron complicaciones obstétricas del primer y segundo trimestre de gestación.

De las 119 pacientes, con respecto a su grupo de edad, dividimos por 3 grupos etarios: 12-19 años de edad que corresponde a 31 pacientes (26.05%), 20-34 años de edad que corresponde a 78 pacientes (65.54%) y > a 35 años de edad que corresponde a 10 pacientes (8.40%).

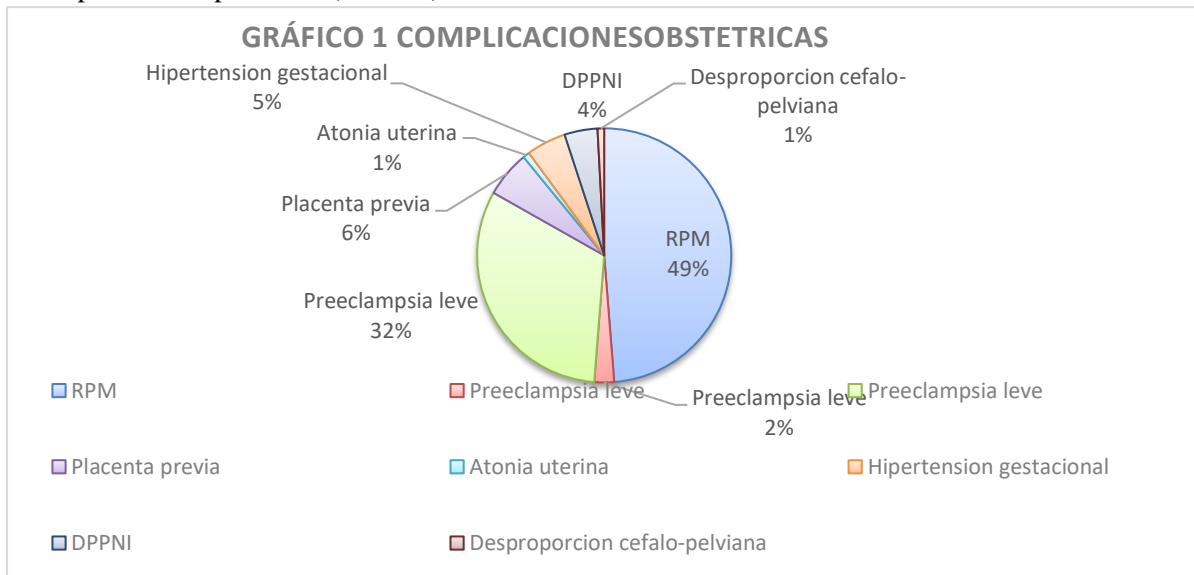
De los 119 pacientes, divididos por edad gestacional en pretérmino, término y postérmino tenemos los siguientes resultados: gestantes a término corresponde a 76 pacientes

(63.86%) y gestantes pretérmino corresponde a 43 pacientes (36.13%).

De las 119 pacientes, con respecto a sus controles prenatales, teniendo en cuenta que lo óptimo es de 5 o más controles prenatales durante la gestación, lo clasificamos en: si (más de 5 controles) y no (4 o menos controles); se obtuvieron los siguientes resultados: 42 (35.29%) pacientes si tuvieron más de 5 controles prenatales y 77 (64.70%) pacientes no tuvieron la cantidad de controles prenatales adecuados, con respecto a la paridad, la clasificamos en nulípara que corresponde a 53 pacientes (44.53%) y multípara que corresponde a 66 pacientes (55.46%).

De las 119 pacientes, con respecto a la vía de finalización de embarazo tenemos lo siguiente: finalización del embarazo por vía vaginal fueron 45 pacientes (37.81%) y finalización del embarazo por vía abdominal fueron 74 pacientes (62.18%).

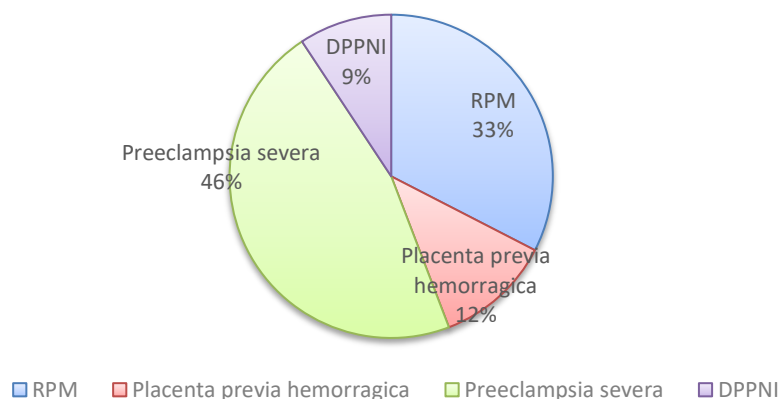
Una vez desglosado las 119 pacientes por variable, se procederá a tabular las complicaciones obstétricas en relación con las diferentes variables. De la investigación realizada se obtienen los siguientes resultados:



De las 119 pacientes atendidas en el presente hospital, se obtuvo que las complicaciones obstétricas independiente su vía de finalización del embarazo son: Rotura prematura de membrana que corresponde a 58 pacientes (48.73%), preeclampsia severa corresponde a 38 pacientes (31.93%), hipertensión arterial gestacional que corresponde a 6 pacientes (5.04%), placenta previa que corresponde a 7 pacientes (5.88%), atonía uterina que

corresponde a 1 paciente (0.84%), preeclampsia leve que corresponde a 3 pacientes (2.52%), desprendimiento prematuro de placenta normo inserta que corresponde a 5 pacientes (4.2%) y desproporción céfalo-pélvica que corresponde a 1 paciente (0.84%). la complicación obstétrica más frecuente es la rotura prematura de membrana y la menos frecuentes están atonía uterina y desproporción céfalo-pélvica.

Grafico 2 Complicaciones obstetricas presentes en pacientes pretermino



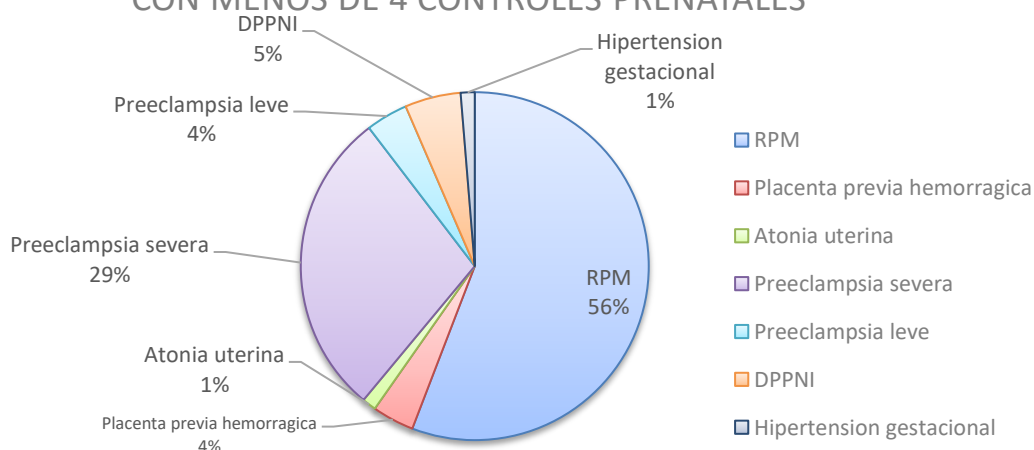
De los 119 pacientes: grafico 5: gestantes pretérmino corresponde a 43 pacientes (36.13%), de este grupo presentaron las siguientes complicaciones obstétricas: RPM: 14 pacientes (32.55%), preeclampsia severa: 20 pacientes (46.51%), placenta previa 5 pacientes (11.62%) e desprendimiento de placenta normo inserta 4 pacientes (9.30%).

paciente (1.31%), preeclampsia leve 3 pacientes (3.94%), atonía uterina 1 paciente (1.31%) e

Grafico 6: gestantes a término corresponde a 76 pacientes (63.86%), de este grupo presentaron las siguientes complicaciones obstétricas: RPM: 44 pacientes (57.89%), preeclampsia severa ,18 pacientes (23.68%), placenta previa 2 pacientes (2.63%), hipertensión gestacional 6 pacientes (7.89%), desprendimiento prematuro de placenta normo inserta 1

desproporción céfalo-pélvica 1 paciente (1.31%).

GRÁFICO 3 COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES CON MENOS DE 4 CONTROLES PRENATALES



Resultados

Al analizar los resultados con más minuciosidad debemos tener en cuenta otras características obstétricas importantes tales como paridad, edad de la paciente y número de controles prenatales.

Por paridad en las pacientes nulíparas las complicaciones obstétricas más frecuentes son: la rotura prematura de membrana representado por 25/119 pacientes (21.00%) seguida de preeclampsia severa con 21/119 (17.64%); mientras que en las pacientes múltíparas las complicaciones obstétricas más frecuentes son:

rotura prematura de membrana representado por 33/119 pacientes (27.73%) seguida de preeclampsia severa con 17/119 pacientes (14.28%); reflejándonos una incidencia mayor de rotura prematura de membrana en pacientes múltiparas, pero una incidencia menor de trastornos hipertensivos como la preeclampsia en el mismo grupo.

La edad de la paciente la dividimos en tres grupos de edad, siendo antes de los 19 años de edad y mayor a 35 años de edad como gestaciones de riesgo tipo 1, la frecuencia de las complicaciones obstétricas, teniendo como resultado las más frecuentes en las pacientes menores de 19 años de edad: rotura prematura de membrana 15/119 (12.60%), seguida de En relación con los controles prenatales, sabiendo que lo óptimo establecido por los organismos internacionales de salud es mayor a 5, los resultados indican que la frecuencia de complicaciones obstétricas en pacientes con 4 o menos controles prenatales fueron: rotura prematura de membrana con 43/119 (36.13%), seguida de preeclampsia severa 22/119 (18.48); y en pacientes que presentaron un mayor número de controles prenatales, presentaron con menor frecuencia las siguientes complicaciones obstétricas: preeclampsia severa con 16/119 (13.44) seguida de rotura prematura de membrana 15/119 (12.60%). Es importante recalcar que según los resultados obtenidos en pacientes que tuvieron un control prenatal más estricto tuvieron una incidencia menor de rotura prematura de membrana.

Discusión

Se hace énfasis en la importancia de relacionar estas dos variables, es decir: edad y número de controles prenatales para establecer la frecuencia de complicaciones obstétricas en los diferentes grupos de riesgo, y debemos recalcar que aunque dentro de los criterios de inclusión en la muestra, el mayor porcentaje fue gestantes dentro del grupo de edad de entre 20-34 años de edad 78/119 pacientes (65.54%), el grupo de pacientes menores de 19 años de edad conformado 31/119 pacientes (26.05%) que presenta riesgo bajo (Edad: <19 años): 21

preeclampsia severa 12/119 (10.08%); en las pacientes con edad entre 20-34 años de edad la frecuencia de complicaciones obstétricas fue la siguiente: primeramente rotura prematura de membrana 38/119 (31.93%) seguida de preeclampsia severa 24/119 (20.16%); y en el grupo de edad de pacientes mayores de 35 años de edad obtuvimos las complicaciones obstétricas más frecuentes: rotura prematura de membrana 5/119 (4.20), seguida de preeclampsia severa 2/119 (1.68%) y placenta previa 2/119 (1.68%). Se evidencia a la rotura prematura de membrana como una complicación frecuente en los 3 grupos de edades.

pacientes presentan un control prenatal insuficiente de su embarazo, de ello desglosamos lo siguiente:

8/12 pacientes que presentaron 2 factores de riesgo (Edad - < 4 Controles prenatales) desarrollaron preeclampsia severa.

10/15 pacientes que presentaron 2 factores de riesgo (Edad - < 4 Controles prenatales) desarrollaron rotura prematura de membrana.

1/1 paciente que presentaron 2 factores de riesgo (Edad - < 4 Controles prenatales) desarrollo preeclampsia leve.

1/2 pacientes que presentaron 2 factores de riesgo (Edad - < 4 Controles prenatales) desarrollaron desprendimiento de prematuro de placenta normo inserta.

1/1 paciente que presento 2 factores de riesgo (Edad - < 4 Controles prenatales) desarrollo atonía uterina.

Con respecto a las pacientes mayores de 35 años de edad que representan 10/119 (8.4%), que se las clasifica dentro de riesgo bajo, de este grupo 6 pacientes no tuvieron un control prenatal adecuado; y 2 pacientes con un correcto control prenatal desarrollaron placenta previa hemorrágica, sin embargo, hay que sumarle otros factores de riesgo asociados a sus antecedentes Gineco-obstetricos para establecer un riesgo obstétrico adecuado, de ello desglosamos lo siguiente: 2/2 pacientes que presentaron 2 o más factores de riesgo desarrollaron preeclampsia severa.

4/5 pacientes que presentaron 2 o más factores de riesgo desarrollaron rotura prematura de membrana. 1/1 paciente que presentó 2 o más factores de riesgo desarrollo hipertensión gestacional.

Según la edad gestacional y su relación con la complicación obstétrica tenemos lo siguiente: 14/119 pacientes (11.76%) con rotura prematura de membrana y 20/119 pacientes (16.08%) con preeclampsia severa se presentaron en pacientes con un embarazo pretermo, mientras que 44/119 pacientes (36.97%) con rotura prematura de membrana y 18 pacientes (15.12%) con preeclampsia severa se presentaron en gestantes a término. Los datos nos ponen en evidencia que la rotura prematura de membrana tiene una alta incidencia en pacientes a término, mientras que la preeclampsia fue indistinta por grupo de edad gestacional.

Con la presencia de alguna complicación obstétrica, el personal de salud debe valorar la mejor vía de finalización del embarazo, se evidencia según los resultados la incidencia de complicaciones obstétricas y la vía de finalización de la gestación, se obtuvo lo siguiente: 5/119 pacientes (4.20%) con preeclampsia severa y 38/119 pacientes (31.93%) con rotura prematura de membrana finalizaron su embarazo por vía vaginal, mientras que 33/119 pacientes (27.73%) con preeclampsia severa y 20/119 pacientes (16.08%) con rotura prematura de membrana finalizaron su embarazo por vía abdominal, con ello nos queda en evidencia que la principal indicación de cesárea fue preeclampsia severa, mientras que la rotura prematura de membrana se manejó tanto por vía vaginal como abdominal, en todo caso habría que determinar factores asociados a la rotura prematura de membrana para establecer mejor vía de finalización en cada caso en particular.

El Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano es una unidad de salud que sirve como área de referencia y contrarreferencia de segundo nivel del área sur de Manabí, y la presente institución esta acta y capacitada para atender las diferentes complicaciones Gineco-

obstétricas; el estudio desarrollado desde el mes de febrero – julio, en total se atendieron 1140 nacimientos, se hace mención 119 (10.43%) presentaron complicaciones obstétricas, una tasa alta en relación con el número de nacimientos, es por ello que se debe trabajar activamente en la prevención de dichas patologías, haciendo énfasis en los principales factores de riesgo presentes en las gestantes. En el estudio se evidenció que existe un alto porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones obstétricas y tenían un control prenatal deficiente, además de un alto porcentaje de adolescentes embarazadas, lo cual lleva a un aumento del número de partos pretérmino y del número de cesáreas.

En el año 2014, que buscaba determinar la incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas entre las edades de 12-16 años (Estupiñán, 2014) en el Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, reflejo que las complicaciones obstétricas más frecuentes del segundo y tercer trimestre son: parto pretérmino, preeclampsia, hemorragia de segundo y tercer trimestre, rotura prematura de membrana, infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales; además estableciendo en el mismo una relación importantes entre la presentación de complicaciones obstétricas con un control prenatal inadecuado, lo mismo reflejado en nuestro estudio, por ende, debemos trabajar en este eslabón deficiente.

Por lo anterior expuesto se reafirma que las complicaciones obstétricas más frecuentes son rotura prematura de membrana y preeclampsia severa, aumentando aún más su riesgo si se asocia a adolescentes con un control prenatal insuficiente, de modo que, como médicos de primer y segundo nivel de atención hospitalaria debemos ser participe en su prevención y tratamiento oportuno, que aunque se presentaron mayormente en pacientes a término, no exime de riesgo a la madre ni al feto, por ello un diagnóstico temprano es fundamental y más aún cuando existen otros factores de riesgos asociados como edades extremas.

Cabe recalcar la importancia del tratamiento oportuno de las infecciones ginecológicas e infecciones de transmisión sexual, ya que ellas según la literatura se relacionan fuertemente con rotura prematura de membrana, y el control

e identificación oportuna de pacientes con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia junto a su prevención y tratamiento, para evitar complicaciones y así descender la tasa complicaciones en la gestante.

1. Bibliografía

2. Almeida, B., Campoverde, L., Rodriguez , L., Enriquez , E., & Muso, C. (2018). *Clasificación de Riesgo Obstetrico*.
3. Artal-Mittelmark, R. (2019). *Fisiología del embarazo*. Obtenido de Manual MSD.
4. Clinica, M. d.-G. (2013). *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Editogram S.A.
5. Estupiñán, M. N. (2014). Incidencia de complicaciones obstetricas en adolescentes embarazadas entre las edades de 12-16 años atendidas en el Hospital Rafael Rodriguez Zambrano de la ciudad de Mnata.
6. FASGO, Basanta, N., Fabiano, P., Luke, J., Tissera, R., & Travela, C. (2019). Hemorragia postparto.
7. fetal, F. -F. (2020). *Embarazo e infeccion por coronavirus COVID-19*.
8. Guerrero, M. d.-C. (2020). *Ecuador sin muertes maternas*.
9. Henriquez, R., Rodriguez, A., Lopez, R., Gonzalez, F., Abalos, E., & Chapman, E. (2012). *Opciones de politica para mejorar el acceso a atencion materna calificada y de calidad*.
10. Lezcano , G., Sanchez, A., Torres, A., Sosa, L., Alvarez, M., & Corona, J. (2019). Consideraciones y actualizacion sobre definicion, etiopatogenia y diagnostico de los desordenes hipertensivos del embarazo. *Revista medica electronica Scielo*.
11. Moldenhauer, J. S. (2018). *Endometritis Puerperal*. Obtenido de Manual MSD.
12. OPS, O. P. (2020). Actualizacino epidemiologica - nuevo coronavirus (COVID-19).
13. Piñando, P., Rodriguez, A., Fajardo, J., & Bello, F. (2016). Desproporcion FetoPelvica: Diagnostico ecosonografico.
14. Plante, L., Pacheco, L., & M. Louis, J. (2019). Sepsis durante el embarazo y el puerperio. *Society For Maternal-Fetal Medicina*.
15. Publica, M. d. (2014). *Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional)*. Quito.
16. Publica, S. N. (2020). *Gaceta Epidemiologia de muerte Materna SA 30 Ecuador 2020*. Ecuador.
17. Quirós, G., Alfaro, R., Bolívar, M., & Solano, N. (2016). *Amenaza de Parto Pretérmino*.
18. Ramos, M. G. (2018). *Manejo Actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretermino*.
19. Rueda, C., Ferrero, S., M. Palacios, & T. Cobo. (2020). *Corioamnionitis o Triple I*. Barcelona.
20. Salud, O. -O. (2019). *Mortalidad materna* .
21. SENPLADES, S. N. (2009). *Plan Nacional Para El Buen Vivir*.
22. Sharon Ishikawa, P. A. (2009). *Complicaciones Obstetricas y Agresion* . California, EE.UU.
23. Solana, G. G. (2009). Hemorragia en la gestacion .
24. Tamayo, G., Malcolm, L., Mendoza, M., & Hurtado, J. (2019). HELLP SINDROME. Presentacion de un caso y revision de la entidad. *Revista Scielo*.

