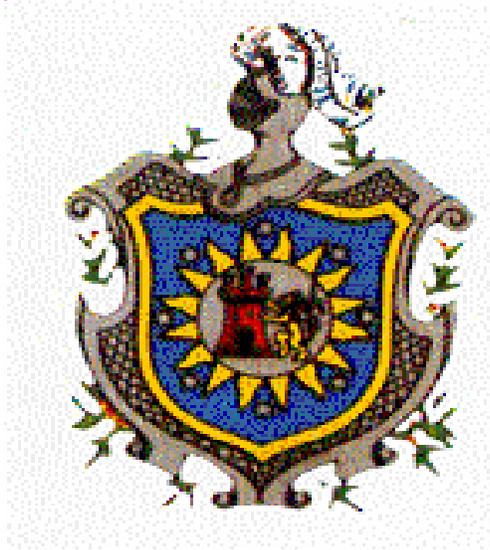


**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas – Managua
Hospital Escuela: “Aleman Nicaragüense.”**



**Trabajo monográfico
Para optar al título de especialista en ginecología y
Obstetricia**

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN EMBARAZADAS CON BAJO PESO ATENDIDAS POR EVENTO OBSTÉTRICO EN HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE, MANAGUA, EN SEGUNDO SEMESTRE 2013

Autor:

Dra. Ana Karelía Torres Martínez
Doctora en Medicina y Cirugía. Residentes del IV año de Ginecobstetricia.

Tutor:

Dra. Nubia María Fuentes
Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecobstetricia

Asesor metodológico:

Lic. Yadira Medrano Moncada.MSP
Profesor titular UNAN - Managua

INDECE

CONTENIDO

Opinión dela tutora.....	I:I
Dedicatoria.....	I:II
Agradecimiento.....	I:III

CAPITULO DE GENERALIDADES

1.1 Introducción:.....	1
1.2 Antecedentes:.....	2
1.3 Justificación:.....	4
1.4 Planteamiento de problema:.....	5
1.5 Objetivos:.....	6
1.6 Hipótesis.....	7
1.7 Marco teórico.....	8

CAPITULO II. DESARROLLO

2.1 Diseño metodológico.	26
2.2 Resultados.....	36
2.3 conclusiones.....	39
2.4 Recomendaciones.....	41
2.5 Bibliografía.....	42

CAPITULO III ANEXOS

- 3.1 cuadro y gráficos
- 3.2 instrumento de recolección de información
- 3.3 historia clinica perinatal

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pre gestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil

El déficit nutricional, el bajo peso pregestacional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación incrementa el riesgo de mortalidad materno-fetal, bajo peso al nacer, parto prematuro, insuficiencia cardiaca para la madre y el feto, defectos del tubo neural, entre otros. Se ha sustentado cómo el déficit nutricional en esta etapa deja secuelas para otras etapas de la vida, tales como trastornos en el aprendizaje, alteraciones en el crecimiento y un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.⁽¹⁾

“Según un informe de una comisión mixta de expertos OMS/FAO alrededor del 30 % de la humanidad sufre de una o más formas de malnutrición donde se señalan consecuencias lamentables para los humanos, entre otras, la muerte, discapacidades, retraso del desarrollo mental y físico, así como un desarrollo socioeconómico insuficiente a nivel nacional. Las personas sufren anemia ferropénica, ceguera, la mortalidad infantil es elevada, en tanto que existen mayores posibilidades de nacimientos con retraso del crecimiento intrauterino, partos pretérminos e incremento del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por parte del binomio materno fetal; mientras que el riesgo de contraer enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, es mayor en edades posteriores de la vida. Del mismo modo, en otro informe del subcomité sobre nutrición del 4to reporte sobre la situación mundial de la nutrición se puede apreciar que la malnutrición frecuentemente comienza en el útero, sigue en las niñas y mujeres y afectan a varias generaciones.

ANTECEDENTES

2000 en la Universidad de Matanzas Cuba se efectuó un estudio prospectivo descriptivo con 363 gestantes de las cuales 115 eran adolescentes hasta 19 años y el resto, 248 de gestantes mayores de 20 años. Se demostró que las embarazadas adolescentes no aportaron las mayores complicaciones y que lo más importante es la ganancia adecuada de peso en el embarazo que repercute no sólo en el peso del neonato sino en los indicadores de morbilidad y mortalidad perinatal.

2001 y 2002 Hospital Sardá (Buenos Aires). Resaltan la importancia del patrón de la GPG por trimestres así como la ganancia de peso total como predictores del peso de nacimiento, parto prematuro y cambios en la composición corporal materna post-parto, a pesar de que la mayoría de las embarazadas estadounidenses no siguen las recomendaciones del IOM.

2002 hasta abril de 2004 en el Policlínico Finlay del municipio Camagüey. Se realizó un estudio de cohorte no concurrente pareado 1:1 sobre las consecuencias del bajo peso materno preconcepcional sobre el embarazo, parto y recién nacido. Se estimó un universo de 51 gestantes malnutridas por defecto y 51 embarazadas sin riesgo. En el análisis de las variables demográficas no se halló asociación estadística entre la malnutrición materna por defecto y el nivel escolar bajo ($P=0.3764$), lo mismo ocurrió con las madres trabajadoras ($P=0.16473$); sin embargo, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la malnutrición materna por defecto y el período intergenésico corto ($RR=1.923$; $P\leq 0.0585$), es decir, el 66.7 % de las malnutridas tuvieron un período intergenésico corto, mientras que en el grupo de comparación se observó en el 44 %

Junio-2005 hasta Marzo-2006 En Servicio de Tocoginecología del Hospital "Ángela Iglesia de Llano" de la ciudad de Corrientes, estudiaron 278 gestantes entre 11 y 19 años con presencia de desnutrición en la gestante adolescente, recién nacidos con bajo peso al nacer y prematuridad. De las 278 gestantes adolescentes incluidas en la muestra, 49 estaban desnutridas antes de la

gestación. De ellas, 10 tuvieron recién nacidos de bajo peso al nacer y 13 partos prematuros.

2005 Se efectuó un estudio prospectivo descriptivo en el Policlínico Docente Bernardo que incluyó 118 gestantes desnutridas que parieron durante el año en estudio, se observan con significación estadística la paridad, que influye negativamente en el peso de la embarazada y el mal hábito de fumar en el peso del recién nacido. . Existe una relación de dependencia muy significativa al estudiar la importancia de la ganancia de peso materno sobre el recién nacido y se obtuvieron mejores resultados cuando esta fue de 12 Kg.

JUSTIFICACION

El embarazo es uno de los períodos de mayor vulnerabilidad nutricional. El déficit de peso materno o de diversos nutrientes (calcio, ácidos grasos omega-3, hierro, zinc, ácido fólico, entre otros) influyen en forma significativa en la evolución del embarazo, parto y recién nacido. Ello ha motivado diversas estrategias de intervención en la embarazada para reducir el riesgo asociado a un déficit nutricional, incluyendo consejo nutricional, suplementos de nutrientes o programas de distribución de alimentos fortificados.¹

La nutrición en la embarazada constituye un tema polémico en nuestros días y se consideran entre los factores más importantes, la ganancia de peso materno durante la gestación y un tiempo gestacional óptimo

La desnutrición materna, tanto antes de concebir como durante la gestación, se asocia a un mayor riesgo para la futura madre y para el bebé: mayor tasa de prematuridad, retardo en el desarrollo y crecimiento fetal intrauterino, poco peso placentario y mayor riesgo de morbimortalidad infantil

Pocos estudios nacionales han abordado el tema, a pesar de su creciente importancia en la transición epidemiológica que vive el país. Por tal razón decidimos recolectar, analizar e interpretar datos relacionados al bajo peso materno y sus resultados perinatales en periodo de seis meses, con lo cual se analizarán los resultados, que constituyen los objetivos generales del estudio y contribuir con las autoridades de salud que toman decisiones para la realización de un plan de intervención con enfoque de riesgo y cumplir con los objetivos de las metas del milenio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

. La mala nutrición de la madre antes de la concepción, es un estado desfavorable de la nutrición materna, donde el índice de masa corporal para la talla es inferior a 18.5 kg/m². Este estado se establece cuando se produce un desequilibrio entre las necesidades y los aportes de energía y nutrientes al organismo que impiden el buen desarrollo de las funciones biológicas.¹⁷

Según un informe de una comisión mixta de expertos OMS/FAO alrededor del 30 % de la humanidad sufre de una o más formas de malnutrición donde se señalan consecuencias lamentables para los humanos, entre otras, la muerte, discapacidades, retraso del desarrollo mental y físico, así como un desarrollo socioeconómico insuficiente a nivel nacional. Las personas sufren anemia ferropénica, ceguera, la mortalidad infantil es elevada, en tanto que existen mayores posibilidades de nacimientos con retraso del crecimiento intrauterino, partos pretérminos e incremento del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por parte del binomio materno fetal; mientras que el riesgo de contraer enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, es mayor en edades posteriores de la vida. Del mismo modo, en otro informe del subcomité sobre nutrición del 4to reporte sobre la situación mundial de la nutrición se puede apreciar que la malnutrición frecuentemente comienza en el útero, sigue en las niñas y mujeres y afectan a varias generaciones.¹⁷

En nuestro país no tenemos estadísticas relacionadas con el bajo peso materno preconcepcional y complicaciones maternas y fetales por tal motivo los objetivos de este trabajo

OBJETIVO GENERAL

Determinar factores de riesgo asociado a complicaciones maternas y perinatales asociadas al bajo peso en embarazadas atendidas por evento obstétrico en Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, en segundo semestre 2013

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Caracterizar la población incluida en el estudio.
- 2 Determinar los factores de riesgo obstétricos y no obstétricos asociadas al embarazo de las mujeres en estudio
- 3 Analizar las complicaciones maternas y perinatales de la población del estudio.

HIPOTESIS

El bajo peso preconcepcional y durante la gestación, influyen en la aparición de complicaciones materna y perinatal de las embarazadas.

MARCO TEORICO

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepción. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto. ⁶

La desnutrición se define como la falta de suficientes nutrientes, que son esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo. Con el tiempo, que afecta a los órganos del cuerpo y los resultados de leves a graves problemas de salud. Uno de los hechos de desnutrición es que el número de personas hambrientas es más en los países en desarrollo. En consecuencia, la tasa de incidencia de la desnutrición durante el embarazo es mayor en los países de Asia y África. Según datos médicos, mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de 3 años son más susceptibles a los efectos de la desnutrición que otros. ⁶

Desde el momento en que una mujer concibe, ella tiene la responsabilidad de seguir una dieta saludable en grandes cantidades para apoyar el crecimiento de toda una vida dentro de su vientre. Una mujer embarazada debe entender que su alimentación diaria, no sólo es importante para su salud, pero es crucial para mantener la buena salud de su bebé durante toda la vida. Teniendo esto en cuenta, la desnutrición durante el embarazo es la principal causa de las consecuencias del embarazo pobre. ⁴

PROBLEMAS ASOCIADOS AL BAJO PESO DE LA EMBARAZADA.

El estado nutricional preconcepcional y la ganancia de peso durante la gestación influyen sobre los resultados perinatales. Sin embargo en la mayoría de los estudios es más fuerte la asociación con la antropometría preconcepcional que

con el incremento, lo que obliga a una mayor preocupación en el período intergestacional. Los principales eventos asociados al bajo peso o incremento de peso gestacional son:

Infertilidad. La desnutrición severa se asocia a falla de crecimiento y amenorrea por alteraciones en la función hipotalámica que repercuten en la producción de gonadotrofinas y aumentan la prolactina, comprometiendo la ovulación. ⁶

Retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Las categorías de peso al nacer “insuficiente” (2500-3000 g) y el llamado “deficiente” (2001-3000 g) son aquellas donde se concentra el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). No es esperable por intervenciones educativas y alimentarias durante el embarazo lograr mayores cambios en otras categorías, como las de peso bajo y muy bajo al nacer (< 2500 g y < 1500 g), excepto en situaciones de gran deprivación nutricional. Esto último fue observado recientemente en el estudio realizado en Gambia por Prentice y colaboradores. ⁶

El riesgo relativo de RCIU es 70% mayor en gestantes de bajo peso con relación a gestantes de peso normal. A mayor grado de déficit nutricional materno mayor es el riesgo de desnutrición intrauterina. El peso al nacer menor a 3000 gramo repercute también negativamente en el crecimiento y desarrollo las primeras etapas de la vida con mayor riesgo de desnutrición y mortalidad infantil. Finalmente aumenta el riesgo de algunas patologías crónicas no degenerativas del adulto. La base nutricional de los orígenes fetales en las enfermedades del adulto hoy tiene evidencias sustantivas. ⁶

La pobreza, el embarazo en adolescentes en condiciones sociales precarias, el abuso físico, el bajo nivel educacional, síntomas digestivos (nauseas, vómitos severos), dietas restrictivas y desordenes de la conducta alimentaria son los principales factores asociados a una insuficiente ganancia de peso gestacional. ⁶

Mortalidad perinatal. La desnutrición materna severa o una ganancia de peso insuficiente, produce también un aumento significativo de la mortalidad in útero en las primeras semanas post parto. ⁶

PARTO PREMATURO

Introducción

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud cefalo- nalgas.

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia se ha mantenido estable en el mundo alrededor del 10%. En Chile, los partos prematuros han aumentado en la última década, pero corresponden a menos del 6% de los nacimientos, mientras que EEUU presenta una incidencia superior al 12%. Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de los problemas neurológicos postnatales son atribuibles directamente a la prematurez. Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente, gracias a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de estrategias preventivas y terapéuticas obstétricas. La mayoría de los partos prematuros ocurre entre las 34 y 37 semanas de gestación (prematuros tardíos). Alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos); un 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuros severos), y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas.¹³

Etiopatología

La prematurez es el resultado de tres entidades clínicas, cada una de las cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros:

1. Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
2. Rotura prematura de membranas (RPM).
3. Parto prematuro por indicación médica o iatrogénica, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal. La evidencia clínica y de laboratorio sugiere que distintos procesos patológicos llevan a una vía

final común que resulta en un parto prematuro. Los procesos mejor identificados son:

1. Activación del eje hipotalámico -hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso).
2. Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados).
3. Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
4. Sobre distensión uterina.
5. Disfunción del cuello uterino.
6. Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna.
7. Drogas y toxinas.¹³

Clínica

El síntoma o amenaza de parto prematuro es una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo, pero identificar dentro de este grupo de pacientes al subgrupo que efectivamente tendrá un parto de pretérmino es un gran desafío. En una revisión sistemática se encontró que en alrededor del 30% de los Casos las contracciones cesaban espontáneamente . Otros autores han reportado que alrededor del 50% de los ingresos por este diagnóstico terminan en un parto de término.¹³

Los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro según las guías conjuntas de cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists son: contracciones uterinas dolorosas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos), acompañadas de cambios cervicales (borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm).La detección de modificaciones cervicales (orificio cervical interno dilatado) mediante tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo es considerado el factor de riesgo único más importante para parto prematuro. En años recientes, la medición ultrasonográfica de la longitud cervical ha reemplazado a la evaluación digital,

porque han demostrado ser un mejor predictor de parto prematuro y porque permite su comparación entre diferentes observadores, así como evaluar sus cambios a lo largo del tiempo. La longitud cervical ha demostrado tener mejor valor predictivo para parto prematuro en todas las poblaciones estudiadas, incluso en mujeres asintomáticas, con conizaciones previas, malformaciones müllerianas o legrados uterinos en embarazos anteriores ¹³

- PreVENCIÓN PRIMARIA

Representa lo que debe hacerse en toda la población de embarazadas con el objetivo de reducir la ocurrencia de parto prematuro. Ella incluye la determinación de factores de riesgo en la población general y el control prenatal adecuado, así como la consejería y la educación que correspondan. En cuanto a exámenes complementarios la práctica de Urocultivo para el diagnóstico de infección urinaria asintomática o bacteriuria asintomática es fundamental. A partir del año 2011 algunos autores han propuesto la realización de ultrasonografía transvaginal para medir rutinariamente la longitud del cuello uterino. ¹³

- PreVENCIÓN SECUNDARIA

Corresponde a las medidas a implementar en la población de alto riesgo de parto prematuro, seleccionada así por la presencia de factores de riesgo. Las medidas generales incluyen control especializado (especialistas en medicina materno-fetal), educación pertinente, reducción de actividad física y laboral, y control de los factores de riesgo presentes susceptibles de ser modificados. En este grupo se han evaluado la utilización de marcadores bioquímicos (fibronectina cérvico-vaginal) y la monitorización electrónica de la actividad uterina, pero ellos no constituyen parte del manejo habitual y su utilidad real ha sido discutida en la literatura de la especialidad. Antibióticos. Deben usarse antibióticos en casos de: infección urinaria, vaginosis bacteriana, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma Hominis y Ureaplasma urealyticum. El tratamiento de la enfermedad periodontal forma parte de los programas de salud vigentes en Chile, si bien la asociación de ella con parto prematuro y la eventual reducción de éste con su tratamiento, son hoy discutidas y consideradas inciertas. ¹³

Incompetencia cervical y cerclaje La incompetencia cervical se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Esta condición es causa de aborto de segundo trimestre y parto prematuro.

Existe consenso de tres situaciones diferentes en las cuales el cerclaje estaría indicado:

1. Cerclaje electivo o por historia: se realiza en mujeres asintomáticas antes de que el cuello uterino se haya dilatado, entre las 12 a 14 semanas de EG. La evidencia señala que las únicas pacientes que se beneficiarían serían las con historia de tres o más pérdidas fetales del segundo trimestre o de partos de pretérmino. En este grupo el cerclaje reduciría en un 40% los partos prematuros .
2. Cerclaje terapéutico o indicado por ultrasonido: se realiza en mujeres asintomáticas, en quienes durante el segundo trimestre de la gestación se pesquisa un acortamiento progresivo y significativo del cuello uterino.
3. Cerclaje de emergencia o indicado por el examen físico: se realiza en mujeres con cambios cervicales avanzados, es decir, membranas expuestas. ¹³

Progesterona

La progesterona ha sido conocida tradicionalmente como la hormona responsable de la mantención del embarazo.

Hoy sabemos que en pacientes con parto prematuro previo o con cuello uterino menor de 15 mm de largo, su uso como caproato de hidroxiprogesterona im o como progesterona micronizada intravaginal reduce en un 50% el riesgo de un nuevo parto prematuro, cuando se utiliza desde las 18 a 22 semanas de embarazo hasta las 36 semanas aproximadamente.¹³

El año 2011 se demostró, además, que el hallazgo de un cuello uterino entre 10 y 20 mm de largo en el segundo trimestre inicial también constituye indicación del uso de progesterona, y que su uso reduciría no sólo la incidencia de prematurez, sino la morbilidad asociada a ella. Pese a estos resultados, mientras no existan mayores estudios de potenciales riesgos para la madre o el recién nacido, no se

puede recomendar la progesterona en forma universal. Por otra parte, dos centros chilenos participaron en el estudio del año 2011, y el hallazgo de cuellos cortos fue muy infrecuente.¹³

- Prevención terciaria

El tratamiento clásico de la amenaza de parto prematuro o trabajo de parto prematuro consiste en reposo, tocolíticos (sustancias inhibidoras de las contracciones uterinas) e inducción de madurez pulmonar fetal. La terapia tocolítica generalmente frena la dinámica uterina en forma temporal, pero no remueve la causa o estímulo que inició el proceso del trabajo de parto, por lo que no es esperable que ella prolongue el embarazo por semanas.

Los objetivos del tratamiento son:

1. Retrasar el parto al menos en 48 horas, para que los corticoides que se administran a la madre puedan alcanzar su máximo efecto. Los corticoides antenatales disminuyen el riesgo de mortalidad neonatal, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intra ventricular (HIV) y enterocolitis necrotizante (ECN) en recién nacidos de pretérmino. Estas son las causas más importantes de morbilidad y de mortalidad en prematuros, en particular cuando se trata de niños nacidos por debajo de las 32 semanas de gestación.
2. Proveer el tiempo necesario para el transporte de la madre, si es que está indicado, a un centro terciario que cuente con los cuidados neonatales necesarios para un recién nacido de pretérmino.
3. Prolongar el embarazo cuando hay causas autolimitadas de dinámica uterina (ejemplo: Pielonefritis aguda, cirugía abdominal), que es poco probable que recurran. a. Medidas generales Hospitalización, reposo, hidratación, sedación, y evaluación materna y fetal. La evaluación materna incluye exámenes generales y cultivos cérvico-vaginales. La valuación fetal supone examen ultrasonográfico, registro electrónico de la frecuencia cardiaca fetal y velocimetría doppler de los vasos sanguíneos fetales y/o placentarios.¹³

b. Medidas específicas

Corticoides:

El beneficio en la administración de corticoides a fetos en peligro de parto prematuro supera ampliamente los posibles riesgos. Este beneficio no sólo incluye la disminución del riesgo del SDR, sino también, una disminución significativa de la mortalidad y de la HIV.

2. Todos los fetos entre 24 y 34 semanas de edad gestacional en riesgo de parto prematuro deben ser considerados candidatos para el tratamiento prenatal con corticoides.

3. La decisión sobre usar o no corticoides prenatales, no debe verse alterada por la raza o sexo del feto.

4. Los pacientes que reciben terapia tocolítica deben recibir también tratamiento con corticoides.

5. Los esquemas de tratamiento que pueden utilizarse son:

- Betametasona (fosfato/acetato) 12 mg im cada 24 horas por 2 dosis
- Dexametasona 6 mg im cada 12 horas por 4 dosis.

El beneficio óptimo se obtiene entre 24 horas y 7 días después de la administración de corticoides.

6. Dado que el beneficio del tratamiento con corticoides se observa desde antes de las 24 horas de administración de la primera dosis, la terapia debe iniciarse siempre que no se espere el parto en forma inminente.

7. En caso de RPM de menos de 32 semanas de edad gestacional, en ausencia de corioamnionitis clínica, se debe usar terapia corticoidal dado el alto riesgo de HIV en edades gestacionales tempranas. ¹³

Fármacos que inhiben las contracciones uterinas. El fármaco hoy utilizado como primera línea para inhibir trabajo de parto prematuro es el nifedipino. Si bien existen otros fármacos útiles (fenoterol, atosiban e indometacina), el nifedipino se ha demostrado más eficaz en los metaanálisis publicados, prolongando por más tiempo el embarazo, sin efectos laterales sobre la madre y /o el feto, y reduciendo la frecuencia de síndrome de distres respiratorio fetal en los prematuros. El nifedipino se utiliza en dosis de 20 mg oral iniciales, dosis que se repite a los 20

minutos si la dinámica uterina persiste (máximo tres dosis). Si las contracciones uterinas desaparecen, se indica Nifedipino en dosis de 10 mg cada 6 horas por alrededor de siete días. Si la dinámica uterina no cede con nifedipino, y se trata de un embarazo de pretérmino menor de 32 semanas de gestación, puede utilizarse Fenoterol o Atosiban como droga de segunda línea.¹³

Amniocentesis:

Existen pacientes en las cuales puede existir beneficio de practicar amniocentesis (extracción de líquido amniótico por punción materna transabdominal). Ellas son pacientes con elementos clínicos que sugieran infección intraamniótica o corioamnionitis, pacientes portadoras de dispositivo intrauterino y, cuando tratándose de embarazos prematuros menores de 32 semanas, no existe respuesta a los tocolíticos utilizados.¹³

Si el estudio del líquido amniótico obtenido a través de la amniocentesis es compatible con infección, puede estar indicada la interrupción del embarazo (dependiendo de la edad gestacional) y/o el tratamiento antibiótico de amplio espectro que mejor cubra los microorganismos involucrados.

Antibióticos:

Se ha demostrado la ausencia de beneficios del uso de antibióticos profilácticos en el tratamiento del parto prematuro con membranas ovulares íntegras, pero cuando la paciente con trabajo de parto prematuro está en evolución espontánea y se espera la obtención de un recién nacido de pretérmino, está indicada la prevención de sepsis neonatal precoz, mediante el uso de antibióticos que cubran especialmente streptococo beta hemolítico.¹³

Neuroprotección:

La administración antenatal de sulfato de magnesio en dosis de 5 g EV cuando se supone que va a ocurrir un parto prematuro menor de 34 semanas, reduce el riesgo de parálisis cerebral y disfunción motora en la infancia ¹³

ANEMIA Y EMBARAZO

La necesidad de abastecer un nuevo territorio hemático originado por la placenta provoca, durante el embarazo, una elevación del volumen sanguíneo a expensas

de plasma que comienza a las 10 semanas hasta las 30 a 34 semanas, estabilizándose luego hasta el término; esta hidremia fisiológica produce hemodilución de los elementos figurados, con disminución de los valores absolutos del recuento de eritrocito y consecuentemente del hematocrito.

El volumen total de eritrocitos se eleva de 18 a 30% del hierro disponible, este aumento global de la masa eritrocitaria no alcanza a compensar el ascenso de volumen plasmático. El recuento de glóbulos rojos alcanza valores cercanos a los 3500,000 por mm.

Los valores de hemoglobina comienzan a disminuir a partir de las 10 semanas dependiendo de las reservas de hierro del organismo.

El incremento de las necesidades férricas de la unidad feto placentaria determina una constante expoliación materna de hierro de 1200mg, que no alcanza ser cubierta con la ingesta. La OMS recomienda administrar desde el diagnóstico de embarazo de 30 a 60 mg de hierro y 500mg de ácido fólico hasta el final de la lactancia. Los requerimientos de hierro durante el embarazo son 0.8mg diarios hasta las 20 semanas, 4.4mg hasta la semana 34 y 8.4 hasta el término.

Se considera anémica a toda embarazada cuyo recuento de eritrocitos está por debajo de 3500,000/mm, con hematocrito inferior a 32% y hemoglobina menor de 11gr.

Sintomatología: astenia, anorexia, zumbidos de oído, vértigo, lipotimia, disnea, palidez de la piel y mucosas, taquicardia, edemas, soplos sistólicos.

Influencia de las anemias sobre el embarazo. La hemoglobina por debajo de 11gr favorece la hipoxia fetal, retardo del crecimiento intrauterino y partos prematuros. Las concentraciones de hemoglobina menor de 6 gr llevan al doble de mortalidad perinatal, aumenta la incidencia Preeclampsia e infecciones urinarias y el riesgo de infección puerperal es tres veces mayor, elevación del índice de desprendimiento placentario.

Las anemias graves repercuten desfavorablemente en las afecciones cardíacas y en la insuficiencia pulmonar e incrementa su incidencia negativa sobre la gestación

Las anemias se caracterizan por carencia de hierro, ácido fólico o vitamina B12, pueden también estar disminuidos dos o tres de estos factores, lo que constituye anemias mixtas.

Clasificación:

1. Anemias sideroprivas o ferropenicas.
 - a. Anemias sideropenicas genuina o esencial
 - b. Anemias por trastornos metabólicos del hierro
 - c. Anemia microcitica hipocromica grave del embarazo
 - d. Componente ferropénica en otras anemias.
2. Anemias por déficit de ácido fólico y/o vitamina B12
 - a. Anemia perniciosa genuina macrocitica de Biermer
 - b. Anemia megaloblastica pseudoperniciosa del embarazo
 - c. Componente por déficit de folatos o vitaminas B12 en otras anemias
3. Anemias hipoplasicas o aplasicas
 - a. Anemias aplasicas del embarazo
 - b. Anemias hipoplasicas toxicas
 - c. Panmielopatia gravídica
4. Anemias hemolíticas
 - a. Congénitas (hemoglobinopatías), talasemias, anemia de células falciforme, de células esféricas, eliptociticas, enfermedad de la hemoglobina C .
 - b. Adquiridas: por anticuerpos auto agresivos, por sustancias toxicas y por parásitos.

ABORTO

DEFINICIÓN:

Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g. de peso, que se alcanza a las 22 semanas.15 (Impera el peso sobre las semanas de gestación) ¹⁶

V.1 Etiología:

Ovulares (representan el 80-90% de los abortos espontáneos: factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales).⁸

- Maternas orgánicas: sistémicas y locales referidas al aparato reproductor. (Tuberculosis, Toxoplasmosis, Enfermedad de Chagas, Infecciones pélvicas-génito-urinarias, Desgarros cervicales)
- Funcionales (Endocrinopatías: Diabetes, Hipertiroidismo, Cuerpo lúteo insuficiente)
- Inmunológicas: Lupus Eritematoso.
- Psicodinámicas: Stress extremo, Sicosis.
- Tóxicos: Intoxicación con Plomo, Mercurio, Alcoholismo.
- Carencial: Hipovitaminosis, anemia, malnutrición, falta de oligoelementos.
- Traumatismos físicos.
- Social: violencia física y sexual. ¹⁶

VI. CLASIFICACION

- Espontáneos:** Son los que se producen de manera involuntaria sin intervenciones externas que provoquen la interrupción del embarazo.
- Provocados:** Son los que se producen con intervenciones externas que provocan la interrupción del embarazo:
 - Aborto por indicación médica (aborto terapéutico).
 - Aborto por otras causas (embarazo no deseado). ¹⁶

Aborto realizado en condiciones inseguras o de riesgo se define como un procedimiento realizado, ya sea por personas que no tienen las habilidades necesarias o en un ambiente donde no se aplican las normas médicas mínimas o por ambos factores.

Formas clínicas del aborto

- Amenaza de aborto.
- Aborto inminente o en curso.
- Aborto inevitable.
- Aborto diferido o Huevo muerto y retenido.

- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto séptico

DIAGNÓSTICO:

. Manifestaciones clínicas: Formas clínicas, signos y síntomas.

Amenaza de aborto:

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

Aborto inminente o en curso

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.

Aborto inevitable:

Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.

Aborto frustrado, diferido o Huevo muerto retenido:

El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

Aborto incompleto:

El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.

Aborto completo:

El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

Aborto Séptico:

Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobre agregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa.

- Temperatura mayor a 37.5°C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.
- Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (endometritis).
- Útero doloroso a la palpación y reblandecido (miometritis).
- Dolor a la movilización lateral del cuello (parametritis).
- El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares.
- Dolor a la palpación del hemi abdomen inferior. ¹⁶

COMPLICACIONES:

Cada una de las formas clínicas puede evolucionar a otras formas más graves del aborto:

- Hemorragia que conduzca a Shock hipovolémico.
- Complicaciones por maniobras abortivas o por procedimientos quirúrgicos que pueden provocar:
 - Perforación uterina.
 - Shock séptico.
 - Infertilidad.
 - Lesión vaginal, vesical, uterina o intestinal ¹⁴

ASFIXIA

CONCEPTO E INCIDENCIA

Asfixia significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia va a menudo acompañada de isquemia, la cual agrava a su vez la hipoxia tisular, y de acumulación de productos del catabolismo celular. Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de

parto y el parto, como también después del nacimiento. La asfixia afecta todos los órganos y sistemas en diverso grado según su intensidad y duración. Es en el Sistema Nervioso Central donde se produce la injuria más relevante por sus consecuencias en cuanto a mortalidad y secuelas. El daño causado por la asfixia dependerá en último término de la medida en que se altera la entrega de oxígeno a los tejidos, la cual depende de¹⁵

- la cantidad de oxígeno de la sangre arterial, que está determinada por la concentración de hemoglobina, tipo de hemoglobina y PaO₂
- y de una circulación adecuada

La incidencia de la asfixia varía según los diferentes centros y la definición diagnóstica que se le da. Se puede estimar en alrededor de 0,2 a 0,4% de los recién nacidos.

Pronóstico

El pronóstico de la Asfixia Perinatal es difícil de precisar. Sólo el seguimiento a largo plazo permite asegurar normalidad psicomotora.

Factores de mal pronóstico son:

- Encefalopatías Hipoxica grado II y III de Sarnat.
- Convulsiones precoces y prolongadas.
- Insuficiencia cardiorrespiratoria.
- EEG y ECO cerebral anormales.
- Examen neurológico anormal en el momento del alta.

Las secuelas más características son la parálisis cerebral, convulsiones, retardo psicomotor y déficit perceptuales.¹⁵

RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

La **restricción del crecimiento intrauterino** (RCIU) o crecimiento intrauterino retardado (CIUR), es un término médico que describe el retraso del crecimiento del feto, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional.¹ Puede ser causa de malnutrición materna y fetal, intoxicación con nocivos genéticos, tóxicos o infecciosas o por cualquier factor que cause supresión del desarrollo del feto.² No todos los fetos con bajo peso tienen una restricción anormal o patológica en su desarrollo, así también, algunos recién nacidos con retraso en su desarrollo tienen un tamaño genéticamente predeterminado normal.¹⁶

Clasificación Clínica

Se describen tres tipos de RCIU, basado en la incorporación a la clínica del concepto de las tres fases de crecimiento celular descritas por Winnick:

- RCIU tipo I ó *simétrico*, se presenta cuando en la fase de hiperplasia celular (que ocurre en las primeras 16 semanas de la vida fetal) se produce un daño con disminución del número total de células. En estos recién nacidos hay un crecimiento simétrico de la cabeza, el abdomen y los huesos largos.
- RCIU tipo II o *asimétricos*, se presenta cuando en la fase de hipertrofia celular, que se presenta a partir de las 32 semanas de gestación y dura aproximadamente 8 semanas. Se caracteriza por un crecimiento desproporcionado entre la cabeza y los huesos largos y el abdomen fetal.
- RCIU tipo III o *mixto*, ocurre entre las 17 y las 32 semanas de gestación, en la fase de hiperplasia e hipertrofia concomitante y la apariencia dependerá del tiempo en el que se produzca la lesión.¹⁶

Complicaciones del Recién Nacido con Restricción del Crecimiento Intrauterino

Estos recién nacidos deben ser valorados y estudiados, teniendo en cuenta que se pueden presentar múltiples complicaciones en el período neonatal inmediato:

- Dificultad respiratoria
- Ictericia neonatal
- Hipoglicemia neonatal
- Intolerancia a la vía oral
- Enterocolitis Necrosante
- Muerte
- Asfixia perinatal
- Policitemia.¹⁶

HEMORRAGIA POSTPARTO

- **DEFINICIÓN**
- Pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal.
- Pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea.
- Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea.
- Pérdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

14

- **. Etiología:**
- 1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:
 - Sobre distensión uterina.
 - Agotamiento de la musculatura uterina.
 - Infección, Corioamnioititis.

- Anomalía uterina.
- Fármacos útero-relajantes.
- 2. Trauma (20 %):
- Laceración cervico-vaginal.
- Prolongación de la histerotomía en la cesárea.

- **COMPLICACIONES**

- Anemia.
- Shock hipovolémico.
- Endometritis.
- Sepsis.
- Infertilidad. ¹⁴

COMPLICACIONES MATERNO FETAL ASOCIADAS AL BAJO PESO DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2013

VARIABLES

1. Características demográficas

1. Edad de la paciente
2. Escolaridad
3. Procedencia
4. Estado civil

2. Antecedentes patológicos personales y no patológicos

Tipo de patologías

Hábitos tóxicos

3. Antecedentes ginecobstetricos y enfermedades del embarazo actual

Vía de finalización de embarazos anteriores

Antecedentes de complicaciones fetales

Infecciones en gestación actual(toxoplasmosis, anemia, VIH, IVU, malaria).

Enfermedad en el embarazo actual

4, Complicaciones materno fetales:

Maternas:

Ruptura prematura de membranas

En el puerperio mediato

Complicaciones perinatales

1. Bajo peso
2. Apgar
3. Edad gestacional al nacimiento
4. Asfixia
5. Malformaciones congénitas

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Estudio analítico de casos y control que cumpla con los criterios de inclusión

Universo:

Está constituido por 3535 mujeres atendidas por un evento obstétrico en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de estudio.

Muestra:

Muestra es probabilística con los que cumplan los criterios de inclusión de los casos son 62 casos

Criterios de inclusión de casos:

1. Evento obstétrico en el periodo de estudio.
2. Embarazadas ≥ 16 semanas con un evento obstétrico
3. Que porten HCPB
4. Mujeres que tengan al menos un APN
5. Índice de masa corporal menor de 18.5
6. Embarazo único

Criterios de inclusión de controles:

1. Evento obstétrico en el periodo de estudio.
2. Embarazadas ≥ 16 semanas con un evento obstétrico
3. Que porten HCP
4. Mujeres que tengan al menos un APN
5. Índice de masa corporal de 18.5 a 25
6. Embarazo único

Criterios de exclusión casos:

- ❖ Abortos menos de 16 semanas
- ❖ Índice de masa corporal mayor de 18.5
- ❖ Que no se haya realizado APN
- ❖ Cualquiera que no cumpla criterios de inclusión
- ❖ Parto atendido fuera del periodo de estudio
- ❖ Embarazo múltiple

Criterios de exclusión controles:

- ❖ Abortos menos de 16 semanas
- ❖ Índice de masa corporal menor de 18.5
- ❖ Que no se haya realizado APN
- ❖ Cualquiera que no cumpla criterios de inclusión
- ❖ Parto atendido fuera del periodo de estudio
- ❖ Embarazo múltiple

Técnica y procedimiento**Fuente de información**

La fuente de información es secundaria se obtuvo de los expedientes clínicos que cumplieran con los criterios de inclusión

Historia clínica perinatal

Método de recolección de información.

Se llenó una ficha de recolección de información, la cual contempla las variables del objetivo de estudio tomadas del expediente clínico y la historia perinatal

Validación del instrumento.

Es un instrumento que ha sido validada por el CLAP, el expediente clínico que tiene su normativa ya validada en normativa 001

Plan de tabulación y análisis

Se calcularon OR, chi cuadrado, con intervalo de confianza de 95% por el tipo de estudio

Se realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 que contiene las variables de la ficha de recolección de información.

Se estableció una relación de un control por cada caso de embarazada con bajo peso

La ficha de recolección cuenta de 15 preguntas cerradas

Se realizaron cuadros estadísticos en Microsoft Excel, informe final en Microsoft Word.

Consideraciones éticas

La realización de la investigación no tiene implicancias éticas, los números de expedientes, HCP son única y estrictamente para fines del estudio, en facilitar el llenado de la ficha y los resultados de la investigación para brindar aportes a mejorar alguno de los vacíos existentes en el ramo de la investigación científica.

Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor/ Escala
Edad de la paciente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la obtención de la información.	años	Menor de 19 20 a 34 años ≥35 años
Escolaridad	Numero de grado aprobado o nivel académico alcanzado por la paciente al momento de revisar el expediente clínico	Ultimo grado aprobado	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria completa Universitaria
Procedencia	Origen geográfico, residencia habitual; barrio o sector donde habita o pasa la mayor parte de su tiempo	localidad	Rural Urbana
Estado civil	Condición legal y personal con respecto a la situación conyugal	Estado conyugal	Casada Soltera Unión estable
Antecedentes patológicos previos	Patologías sufridas previas al embarazo que pueden significar un factor de riesgo para el producto como para la madre gestante	patologías	diabetes, HTA, Preeclampsia, desnutrición materna, dislipidemias Anemias Otros

Variable	Concepto	Indicador	Valor/ Escala
Antecedentes no patológicos previos	Hábitos tóxicos	hábitos	Fumado Alcohol drogas
Antecedentes ginecobstetricos	Número de embarazos vivos o muertos, antes del actual	numero	Nulíparas De 1 a 3 De 4 a 6 Mayor de 6
Vía de finalización de embarazos anteriores	Conducta tomada en el trabajo de parto	conducta	Parto vaginal Cesárea
Antecedentes fetales	Patologías fetales sufridas previas al embarazo que pueden significar un factor de riesgo	patologías	CUIR Macrostomia Malformaciones Muerte fetal
Infección en la gestación	Patologías infecciosas causadas por microorganismos patógenos	patologías	Toxoplasmosis Anemia Infección de vías urinarias malaria
Enfermedad en embarazo actual	Procesos mórbidos que ponen en peligro la vida del feto y la madre	patologías	Síndrome hipertensivo IVU Infecciones vaginales Amenaza de parto prematuro diabetes
Complicaciones maternas en trabajo	Estado o procesos mórbidos que influyen	patologías	Ruptura prematura de membranas

de parto	desfavorablemente en el estado de salud de la madre recién nacido		Sufrimiento fetal Hipodinamia uterina Síndromes hipertensivos
Vía de finalización del embarazo actual	Conducta tomada en el trabajo de parto	conducta	Parto vaginal Cesárea
Complicaciones del puerperio mediato	Procesos mórbidos que ponen en peligro la vida de la madre	patologías	Hemorragias IVU Infección de la herida Sepsis puerperal
Complicaciones perinatales	Estado o procesos mórbidos que influyen desfavorablemente en el estado de salud del recién nacido	patologías	Asfixia SAM Macrosomía Bajo peso al nacer CIUR Sepsis neonatal Muerte neonatal temprana
Edad al nacer	Semanas de gestación al que tuvo lugar el nacimiento	semanas	22 a 24.6 23 a 29.6 30 a 34,6 35 36.6
Peso al nacer	Volumen en gramos al nacimiento del recién nacido	gramos	Menor de 1500gr 1501 a 2499gr 2500 a 3500 gr

			Mayor de 3500
Apgar	Valoración del estado general del RN al 1 y 5 minutos	Grado de asfixia	0 a 3 4 a 7 8 a 10
Malformaciones congénitas	Alteraciones de la estructura de órganos o parte del cuerpo debido a trastornos en su desarrollo y gestación alterando el funcionamiento del órgano afectado	antecedente	Si No
RCIU	Cuando al niño se le estima un peso inferior a P10, en la distribución de peso según edad gestacional	antecedente	Si No
Enfermedad del neonato	Diagnostico o identificación de una enfermedad o trastorno al momento del nacimiento	tipo	Enterocolitis Asfixia Riesgo de sepsis Síndrome de distres respiratorio Neumonía Hemorragia interventricular
Mortalidad neonatal	Registro del fallecimiento durante o después del parto	registro	Si no

RESULTADOS.

- El 50% de las madres del estudio eran menor de 20 años; el 58.6% en los casos y 40.7% en los controles con un **OR de 2.05, X^2 1.76, P0.185159, IC1.02-6.91**. El 17.6% de las mujeres eran mayor de 35 años, el mayor comportamiento porcentual se dio en los controles con un **OR de 0.66, X^2 0.18, IC. 0.07-5.47, P0.6717242**. aquí no encontramos significancia estadística. El 88.75% de la mujeres son de procedencia urbana, similar comportamiento en los casos y controles con un **OR de 2.79, X^2 1.43, IC. 0.42-22.95, P0.2324226**. el 63% de las mujeres tienen educación media y superior similar comportamiento en casos y controles con un **OR de 1.15, X^2 0.07, IC.0.36-3.66, 0.7942648**. el 79.1% de las madres son casadas y acompañadas, casi igual comportamiento en casos y controles con un **OR de 0.89, X^2 0.03, IC. 0.21-3.84, P0.8716230**. (cuadro # 1).
- El 40.46% de las madres del estudio tenían patologías maternas previas con un 35% en los casos y 45,1% en los controles con un **OR de 0.67, X^2 0.59, IC.0. 21-2.01, P.0.441037**. el 20% de las mujeres presentaban hipertensión arterial comportamiento análogo en los casos y controles con un **OR de 0.81, X^2 0.04, IC.0.07-8.32, P0.8435259**. el 33.3% de las mujeres presentaron antecedente Preeclampsia con un 42.8% los controles y 18.1% los casos con un **OR de 0.30, X^2 1.65, IC. 0.03-2.48 P0.1983207**. el 16% de las mujeres tenían antecedente de diabetes mellitus es mayor el comportamiento en los controles con un **OR de 1.33, X^2 0.07, IC.0.10-17.34 P0.7960687**. el 28% de madres tenían antecedente de anemia el mayor porcentaje se dio en los casos con un **OR 2.10 de, X^2 0.65, IC. 0.27-17.63 P 0.4185802** (cuadro # 2).
- El 20.9% de la mujeres tenían hábitos tóxicos con un 32.3% los casos con un **OR de 4.44, X^2 4.69, IC 0.95-23.53, P.0.0302979**. el 54% de las mujeres fumaban los casos corresponden al 50% y los controles con 66.7% con un **OR de 0.50, X^2 0.24, IC0.01-12.08 P0.6255852**. 10% de las mujeres han usado droga en su vida y corresponden a los casos con un. el 38% de las

mujeres han ingerido alcohol el mayor porcentaje corresponde a los casos **OR de 1.33, X² 0.04, IC.0 P0.8414806.** (cuadro # 3).

- El 54.2% de las mujeres eran Primigesta los casos con un 70.0% y los controles con 37.9% con un **OR de 3.82, X² 6.01, IC. 1.14-13.16, P 0.0142553.** el 10% de las madres tenían más de 4 hijos igual porcentaje en casos y controles con un **OR de 1.00, X² 0.00, IC. 0.0-17.68 P. 1.0000000.** el 4.9% tenían antecedentes de abortos previos con 3.3 % los casos y 6.5% los controles con un **OR de 0.48, X² 0.34, IC.0.02-4.0, P.0.5571672.** el 16.2% de las madres tenían antecedentes de cesáreas previas similar comportamiento en casos y controles con un **OR de 0.62, X² 0.34, IC. 0.3-2.89 P0.4933413** (cuadro # 4).
- El 16.4% de las mujeres tenían patologías fetales previas los casos con 22.5% y los controles con 9.6% con un **OR de 2.72, X² 1.88, IC. 0.54-15.16 P.0.1706843.** el 50% de las mujeres tenían antecedentes de hijos con retardo del crecimiento intrauterino corresponde al 57% de casos y 33% controles con un **OR de 2.67, X² 0.43, IC.0.69-12.92, P.0.51269081.** el 20% de las mujeres tenían hijo con mal formaciones congénitas mayor porcentaje en los controles con un **OR de 0.33, X² 0.43, IC.0.00-20.75, P.0.5126908.** el 30% de las madres tenían antecedentes de muerte fetal el mayor porcentaje corresponde a los controles con un **OR de 0.80, X² 0.02, IC 0.02-39.9.P.0.8864030** (cuadro # 5).
- El 38.7% de las madres tenían antecedente de infecciones previas corresponde a los casos el 61.2% y los controles el 16.1% con un **OR de 8.23, X² 13.11, IC.2.18-33.13, P.0.002938.** el 11% de las madres tenían antecedente de toxoplasmosis en estas pertenecen a los casos .El 21% de las mujeres tenían antecedente de anemia, similar porcentaje en los casos y controles con un **OR de 1.07, X² 0.00, IC. 0.07-32.68 P. 0.9597379.** el 67% de las madres tenían antecedente de IVU los casos con un 68% y los controles con 30% con un **OR de 1.44, X² 0.12, IC. 0.12-16.07 P.0.7278956.** solo el 6% de las madres tenían antecedente de malaria y fue en los controles (cuadro # 6).

- El 54.8% de las madres del estudio presentaron complicaciones en el embarazo actual de ellas el 90.3% en los casos y 19.3% en los controles con un **OR de 38.8, X² 31.01, IC7.48-239.13 P.0.0000000**. el 12% de las mujeres presentaron síndrome hipertensivo gestacional el mayor porcentaje se dio en los controles 17% con un **OR de 0.60, X² 0.16, IC. 0.04-18.32 P.0.685783**. el 32% se complicaron con IVU de ellas el 36% para los casos y 17% en controles con un **OR de 2.78, X² 0.80, IC.0.24-72.13, P.0.3725832**. el 35% de las mujeres presentaron amenaza de parto prematuro el mayor porcentaje para controles con 50%, con un **OR de 0.47, X² 0.67, IC.0.06-3.80, P.0.4131762**. el 21% de las madres presentaron infección vaginal en este embarazo corresponde a los casos con un **OR de 1.36, X² 0.07, IC.0.11-37.01, P.0.7946795** (cuadro # 7).
- Las principales complicaciones del parto son ruptura prematura de membranas, hipodinamia uterina, aborto con un 26,7 cada una y síndrome hipertensivo con 20%. Las principales complicaciones del puerperio son anemia con un 35.75, sepsis puerperal 28.5%, IVU e infección de la herida quirúrgica con 14.2% y la hemorragia con 7.1%. las principales complicaciones del recién nacido: RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad con un 31.6% respectivamente, sufrimiento fetal agudo y sepsis neonatal con 26.55, la asfixia y síndrome de aspiración de meconio con 5.25. (cuadro # 8).

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

- La mitad de las madres del estudio son adolescentes tiene 2.05 veces más riesgos de complicaciones materno y perinatal, pero no estadísticamente significativa. Un pequeño porcentaje de madres eran mayor de 35 años, casi el total de las pacientes son de origen urbano y tienen 2.79 veces más riesgos de complicaciones materno y perinatal, pero sin significancia estadística, más de la mitad de las madres tienen educación superior sin embargo tienen 1.15 veces más riesgo de complicaciones materno y perinatal sin significancia estadística, las dos terceras partes de las madres tienen una pareja estable.
- Casi la mitad de las madres del estudio tenían patologías maternas previas, un pequeño porcentaje habían presentado hipertensión arterial, un tercio de las madres habían presentado síndrome hipertensivo gestacional en los embarazos anteriores, las madres tenían 1.33 veces más riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal no estadísticamente significativa, las madres que tenían antecedente de anemia tenían 2.10 veces más riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal, pero no estadísticamente significativa.
- las madres con hábitos tóxicos tienen 4.44 veces mayor riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal, con significancia estadística, más de la mitad de las mujeres con hábitos tóxicos fumaban, un mínimo porcentaje se drogaban, más de una tercera parte de madres ingerían licor tienen 1.33 veces más riesgo de complicaciones materno y perinatal sin significancia estadística.
- Más de la mitad de las madres eran nulípara con 3.82 veces más riesgo de desarrollar complicaciones materno y perinatal con significancia estadística, un pequeño porcentaje tenían más de 4 gestaciones, un número reducido había tenido aborto, más de la mitad de las mujeres tenía antecedente de parto vaginal que es lo esperado.
- Las mujeres del estudio con antecedentes de patologías previas tenían 2.72 veces mayor riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal sin

significancia estadística. El antecedente de RCIU tiene 2.67 veces más riesgo de complicaciones fetales sin significancia estadística coincide con lo que menciona la literatura, un pequeño porcentaje tenían antecedentes de malformaciones congénitas, una tercera parte de las madres tenía antecedente de muerte fetal.

- Las madres con patologías maternas previas tienen 8.23 veces más riesgo de complicaciones materno y perinatal estadísticamente significativa, un número reducido de madres tenían antecedente de toxoplasmosis, el antecedente de anemia tiene un ligero riesgo de 1.07 veces de presentar complicaciones materno y perinatal, el antecedente de infección de vías urinarias tiene 1.44 veces más riesgos de desarrollar complicaciones materno y perinatal no estadísticamente significativa.
- Las madres con complicaciones en el embarazo actual tiene 38.89 veces más riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal estadísticamente significativa, un pequeño porcentaje presento síndrome hipertensivo gestacional, las infección de vías urinarias tiene 2.78 veces más riesgo de complicación materno y perinatal sin significancia estadística, una tercera parte de las madres tuvieron amenaza de parto prematuro. Las madres con infección vaginal tienen 1.36 veces más riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal sin asociación estadística.
- Las principales complicaciones materno y perinatales encontradas coinciden con lo reportado en los estudios de mujeres con bajo peso preconcepcional y durante la gestación son en el trabajo de parto y parto prematuro, ruptura prematura de membranas, hipodinamia uterina, abortos y síndromes hipertensivo gestacional. Las principales complicaciones del puerperio anemia, sepsis puerperal, IVU, infección de la herida quirúrgica, hemorragia. Las complicaciones del recién nacido RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad, sufrimiento fetal agudo, sepsis neonatal, asfixia, síndrome de aspiración de meconio; estas son las principales complicaciones y coinciden con las reportadas en estudios.

CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo asociado a complicaciones maternas y perinatales estadísticamente significativo son:

- Las madres que presentaron patología en el embarazo actual tienen 38.89 veces más riesgo de desarrollar complicaciones materno y perinatal
- Las madres con antecedentes de patologías previas tienen 8.23 veces mayor riesgo de presentar complicaciones materno y perinatal.
- Las madres con antecedente de hábitos de alcoholismo y tabaquismo tienen 4.4 veces más riesgos de presentar complicaciones materno y perinatales.
- Las mujeres nulíparas tienen 3.82 veces más riesgo de presentar complicaciones materno y perinatales como ruptura de membrana, síndrome hipertensivo gestacional, hipodinamia, infección de herida quirúrgica, sepsis puerperal, RCIU, asfixia sepsis neonatal

Los principales factores de riesgo asociado a complicaciones maternas y perinatales no estadísticamente significativo son:

- Las madres menores de 19 años tienen 2.05 veces mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales como: ruptura prematura de membranas, síndromes hipertensivos gestacional, sepsis puerperal, hemorragia, RCIU, sepsis neonatal, asfixia y SAM.
- Las mujeres con escolaridad analfabeta y primaria tienen 1.15 veces mayor riesgo de desarrollar complicaciones maternos y perinatales.
- Las madres con antecedentes patológico de Diabetes Mellitus tienen 1.33 veces mayor riesgo de presentar complicaciones materno y perinatales.
- Las mujeres con antecedentes de anemia pregestacional tienen 2.10 veces mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatal.
- Las madres con antecedente de alcoholismo tienen 1.33 veces mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatal.

- Las mujeres con antecedentes de patologías fetales previas tienen 2.72 veces mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatal.
- Las madres con antecedentes de hijos con retardo del crecimiento intrauterino tienen 2.67 veces mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatal.
- Las madres con antecedentes de infección de vías urinarias tienen 6.74 veces mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatal.
- Las pacientes con infección de vías urinarias durante el embarazo actual tienen 1.44 veces mayor probabilidad de presentar complicaciones maternas y perinatal.

RECOMENDACIONES

- Garantizar atención integral en embarazadas y no embarazadas tomando en cuenta la importancia nutricional en este grupo de edad.
- Priorizar en diferente nivel de atención, la consejería preconcepcional en mujeres con patologías crónicas y con hábitos tóxicos.
- Garantizar a embarazadas con bajo peso una atención multidisciplinaria que participen el personal de nutrición para prevenir las complicaciones maternas y perinatales
- Monitoreo cumplimiento periódico de las normas de atención del embarazo en el primer y segundo nivel de atención.
- Fortalecer la articulación entre el primer y segundo nivel de atención para la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico.
- Realizar nuevos estudios que nos den evidencia de los riesgos perinatales en embarazadas con mal nutrición

BIBLIOGRAFIA.

1. Revista médica de Chile *versión impresa* ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v.132 n.8 Santiago ago. 2004 doi: 10.4067/S0034-98872004000800003
2. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25: 1175-82.
3. Crane SS, Wojtowycz MA, Dye TD, Aubry RH, Artal R. Association between pre pregnancy obesity and the risk of cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 213-6.
4. Watkins ML, Botto LD. Maternal prepregnancy weight and congenital heart defects in offspring. *Epidemiology* 2001; 12: 439-46
5. Watkins ML, Rasmussen SA, Honein MA, Botto LD, Moore CA. Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics* 2003; 111 (5 Part 2): 1152-8.
- 7 curso salud y nutrición de los adolescentes módulo 2: lección 6 evaluación nutricional, riesgos nutricionales Dra. María Isabel Hodgson, pediatra especialista en nutrición. Departamento de pediatría, pontificia universidad católica de chile
8. Contreras E. Asociación del peso pregestacional, IMC y la ganancia de peso durante el embarazo con el peso de recién nacido a término de gestantes Adolescentes y adultas en el Hospital Arzobispo Loayza. Noviembre1999-Junio2000 (Tesis de Bachiller en Medicina) Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000, 44pp.
9. Schwartcz Ricardo; Duverges Carlos; Díaz Angel; Feseina Ricardo – Obstetricia 5ta edición, 9ª reimpresión. Buenos Aires: el Ateneo, 2003

10 Revisiones bibliográficas riesgos de la obesidad en la gestación. Borrozo Fernández, Encarnación, Torti Calvo, Javier. Matrona Hospital de Jerez. Servicio Andaluz de Salud, Matrona Hospital Puerto Real. Andalucía de Salud

11 Sandra L Restrepo Mesa, Mónica Martínez Soto. Grupo de investigación en Alimentación y Nutrición Humana INSTRUCTIVO PARA LA GRAFICACION Y ANALISIS DEL indicador de índice de masa corporal en mujeres gestantes¹ universidad de Antioquia escuela de nutrición y dietética.

12. Nicaragua MINSA (2009). Dirección general de extensión y cobertura de la calidad dirección de normación normativa – 029 “normas de alimentación y nutrición, para embarazadas, puérperas y niñez menor de cinco años” “guía de alimentación y nutrición, para embarazadas, puérperas y niñez menor de cinco años” Managua, octubre – 2009.

13. Servicio de Ginecología (Dra. L Gonzales, Dra Gopegui et al. Protocolo de amenaza de parto prematuro mayo 2011

14. Nicaragua MINSA. (Abril 2013). Normativa 109 protocolo de las complicaciones obstétricas.

15. Dawes G. Foetal and Neonatal Physiology Chicago: Year Book, Medical Publishers. Asfixia perinatal.

16. Enrique Oyarzún. «Retardo de Crecimiento Intrauterino» (en español). Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 12 de diciembre de 2007.

17. Ernesto Rosell, Marbelli López. Efectos del bajo peso materno preconcepcional sobre embarazo y parto. Archivo medico Camagüey volumen 10 numero 4 2006

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Tema: Factores de riesgo asociado a complicaciones maternas y perinatales en embarazadas con bajo peso atendidas por evento obstétrico en hospital alemán nicaragüense, Managua, en segundo semestre 2013

NOTA: la información será recolectada del expediente clínico y historia clínica perinatal base

I Características generales.

1: edad. Menor de 19 años ___ 20 a 34 ___ igual o mayor a 35 ___

2: escolaridad. analfabeta___ primaria completa___ primaria incompleta___
secundaria completa ___ secundaria incompleta___

Universitaria_____

3 procedencia. Urbana ___ Rural___

4. estado civil: casada___ soltera___ unión estable___

II. Antecedentes personales patológicos y no patológicos.

5. Patologías maternas previas: diabetes___ HTA___ Preeclampsia
___desnutrición materna___ síndromes metabólicos ___ dislipidemias
___Anemias_____

6. Hábitos tóxicos: fuma:_____ alcoholismo___ drogas_____

III. antecedentes ginecobstetricos y embarazo actual

7. Gestaciones: nulíparas___ 1ª 3___ 4ª6___ ≥6_____

8. Vías de finalización del embarazo: parto___ cesarea___ Abрто_____

9. Patologías fetales previas: CIUR___ Macrosomias___
Malformaciones___ óbitos_____

10. Infección en gestación actual: toxoplasmosis____ anemia____
IVU__ malaria____
11. Complicación en el embarazo actual: síndrome hipertensivo____ Ivu____
amenaza de parto prematuro____ diabetes____ infección vaginal____

IV. complicaciones materno fetal:

12. Complicaciones maternas en trabajo de parto: RPM ____ sufrimiento fetal____ hipodinamia____ síndrome hipertensivo gestacional____
13. Finalización del embarazo actual: parto____ cesárea____
14. Complicaciones mediatas del puerperio: hemorragia____ IVU____ infección de la herida quirúrgica____ sepsis puerperal____
15. Complicaciones del recién nacido:
apgar____ asfixia____ peso____ CIUR____ SAM____ sepsis neonatal____ muerte fetal____ muerte neonatal temprana____ edad gestacional____ Malformaciones congénitas

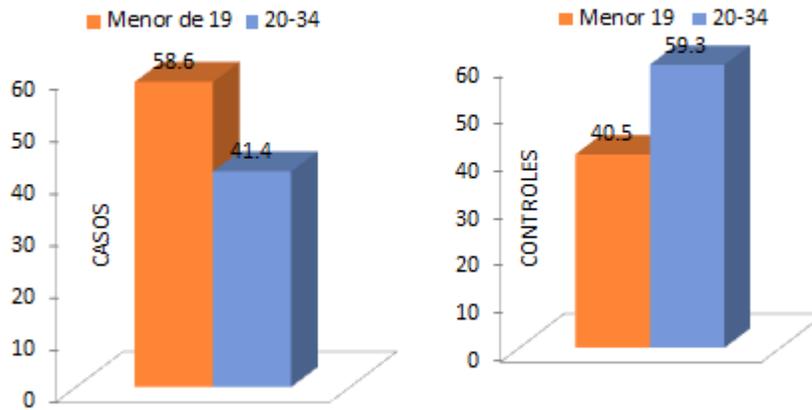
CUADRO No.1

Características demográficas como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Características demográficas	Condición de riesgo						Pruebas
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		
Edad	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Menor de 19 años	17	58.6	11	40.7	28	50.0	OR. 2.05 IC 1.02-6.91 CH ² 1.76 P 0.185159
20 a 34 años	12	41.4	16	59.3	28	50.0	
Edad mayor de 35 años	2	14.2	4	20	6	17.6	OR. 0.67 IC .0.07-5.47 CH ² 0.18 P 0.6717242
20 a 34 años	12	85.8	16	80	28	82.4	
Procedencia							OR. 2.79 IC 0.42-22.95 CH ² 1.43 P 0.2324226
Urbana	29	93.5	26	83.8	55	88.7	
Rural	2	6.5	5	16.2	7	11.2	
escolaridad							OR. 1.15 IC .0.36-3.66 CH ² 0.07 P 0.7942648
Analfabeta/ primaria	12	38.7	11	35.4	23	37	
secundaria y técnica	19	61.3	20	64.6	39	63	
Estado civil							OR. 0.89 IC .0.21-3.84 CH ² 0.03 P 0.8716230
Casada/Acompañada	26	83.8	23	74.5	49	79.1	
Soltera	5	16.2	8	25.9	13	20.9	

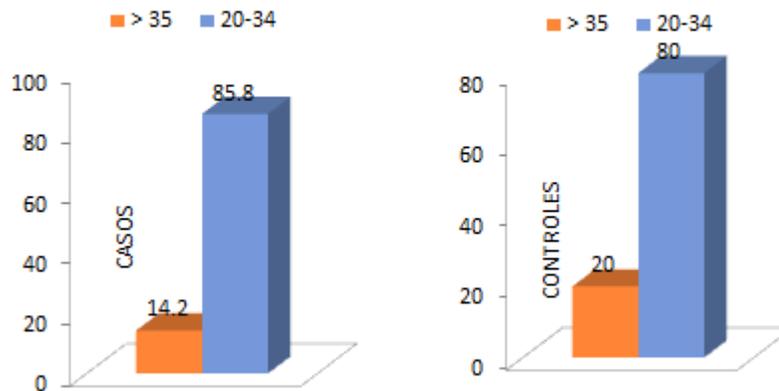
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso(IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

**EDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES
MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO
OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II
SEMESTRE DEL 2013**



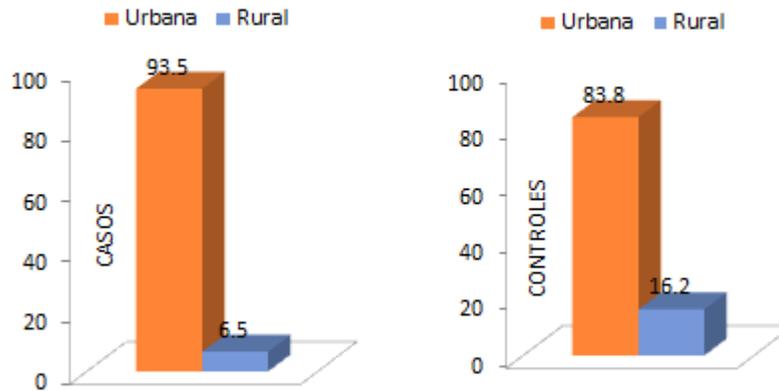
FUENTE : CUADRO No. 1

**EDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES
MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN
EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE.
MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



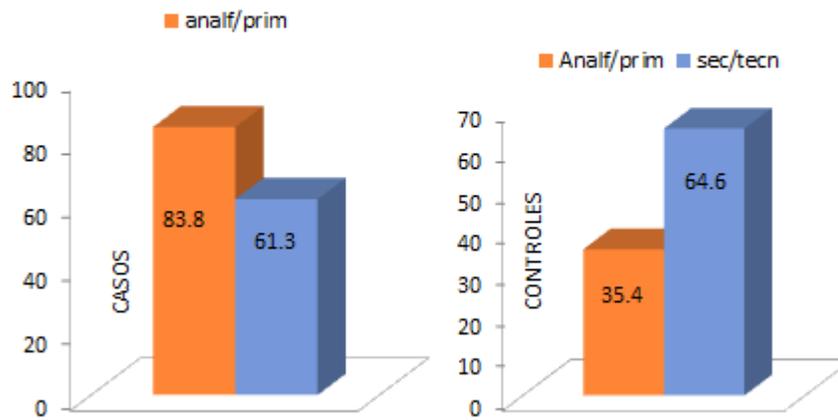
FUENTE : CUADRO No. 1

**PROCEDENCIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



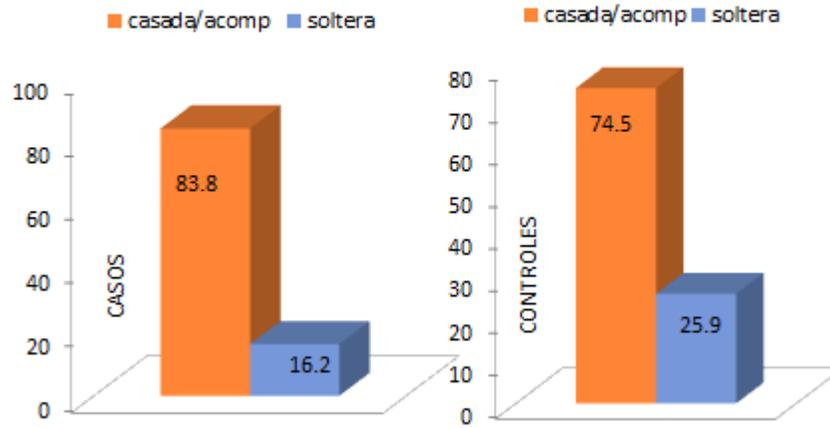
FUENTE : CUADRO No. 1

**ESCOLARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



FUENTE : CUADRO No. 1

ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 1

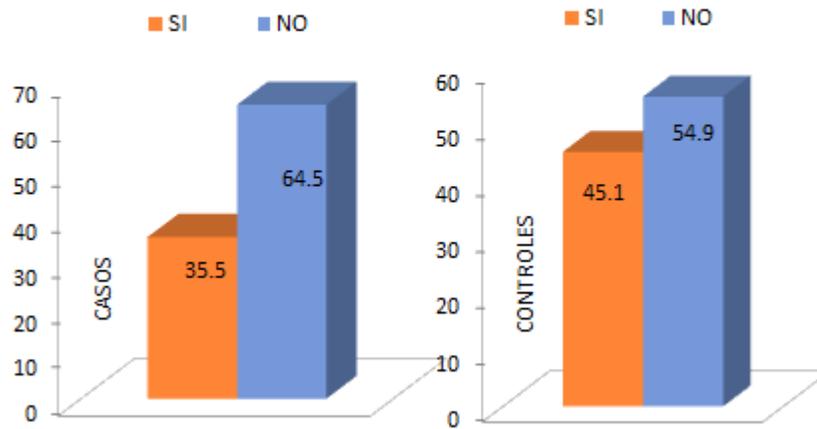
CUADRO No.2

Antecedentes personales patológicos como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Patologías Materna	Condición de riesgo						
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		PRUEBAS
Previas	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Patologías Materna previas							
si	11	35.5	14	45.1	25	40.4	OR.0.67 IC0.21-2.01 CH².0.59
no	20	64.5	17	54.9	37	59.6	P.0.441037
HTA							
Si	2	18.1	3	21.4	5	8	OR.0.81 IC.0.07-8.32 CH².0.04
No	9	81.9	11	78.6	57	92	P.0.8435259
Preeclampsia							
Si	2	18.1	6	42.8	8	33.3	OR.0.30 IC.0.03-2.48 CH²1.65
No	9	81.9	8	57.2	17	66.7	P0.1983207
Diabetes							
si	2	6.5	2	14.2	4	16	OR.1.33 IC0.10-17.34 CH²0.07
No	9	93.5	12	85.8	21	84	P0.7960687
Dislipidemias							
si	1	9	0	0	1	3.6	
No	10	91	17	100	27	96.4	
Anemia							
si	4	36.6	3	21.4	7	28	OR.2.10 IC0.27-17.63 CH²0.65
No	7	63.6	11	78.6	18	72	P0.4185802

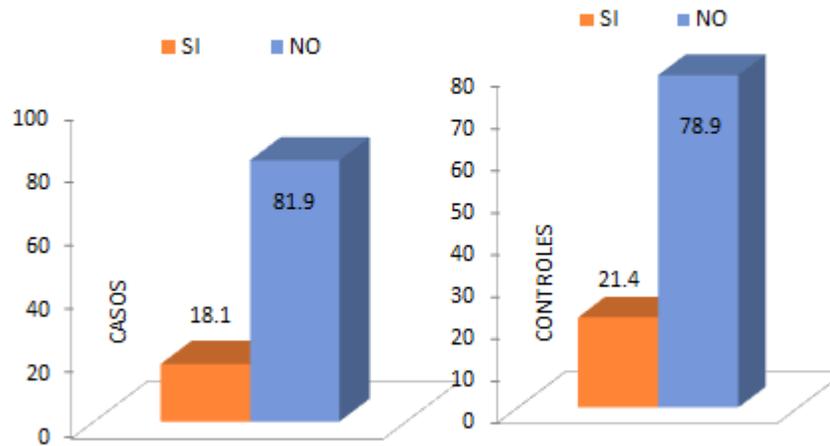
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

PATOLOGIAS METRNAS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



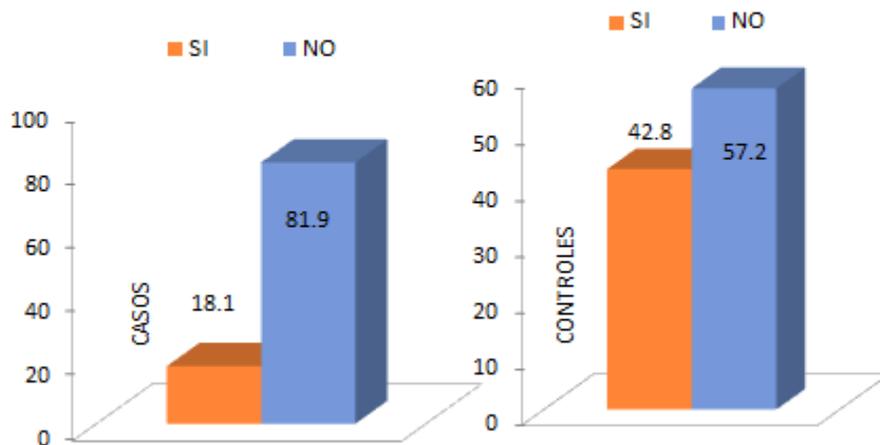
FUENTE : CUADRO No. 2

HIPERTENSION COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



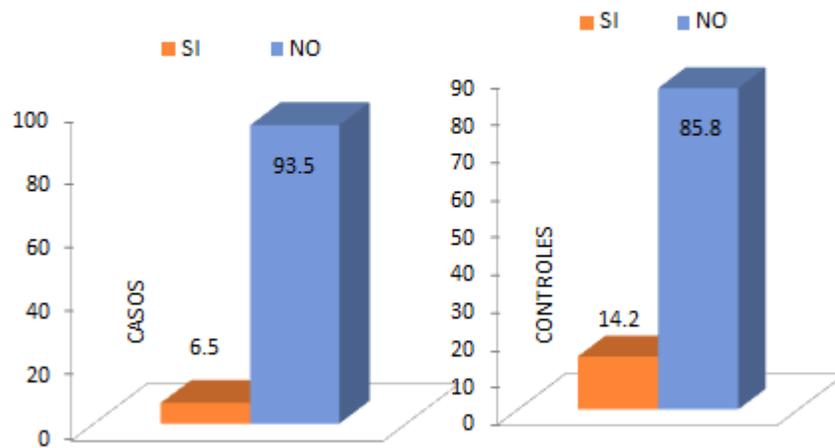
FUENTE : CUADRO No. 2

PREECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



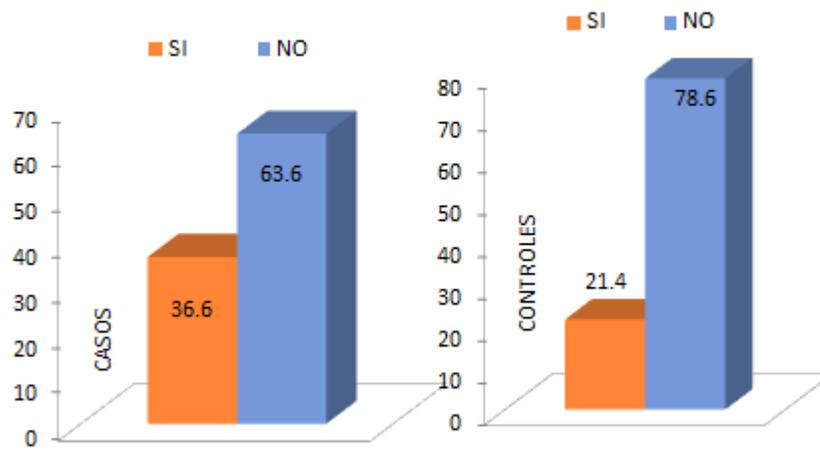
FUENTE : CUADRO No. 2

DIABETES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 2

ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 2

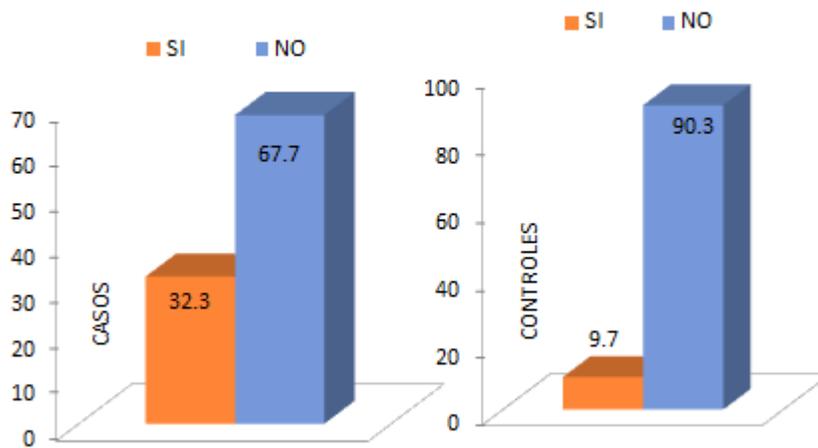
CUADRO No.3

Antecedentes no patológicos como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Hábitos Tóxicos	Condición de riesgo						Riesgo
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Si	10	32.3	3	9.7	13	20.9	OR.4.44 IC0.95-23.53 CH²4.69 P0.0302979
No	21	67.7	28	90.3	49	79.1	
Fumado							OR.0.50 IC0.01-12.08 CH²0.24 P0.6255852
Si	5	50	2	66.7	7	54	
No	5	50	1	33.3	6	46	
Drogas							
Si	1	10	0	0	1	10	
No	9	90	0	0	9	90	
Alcoholismo							OR.1.33 IC.0 CH²0.04 P0.8414806
Si	4	40	1	33	5	38	
No	6	60	2	67	8	62	

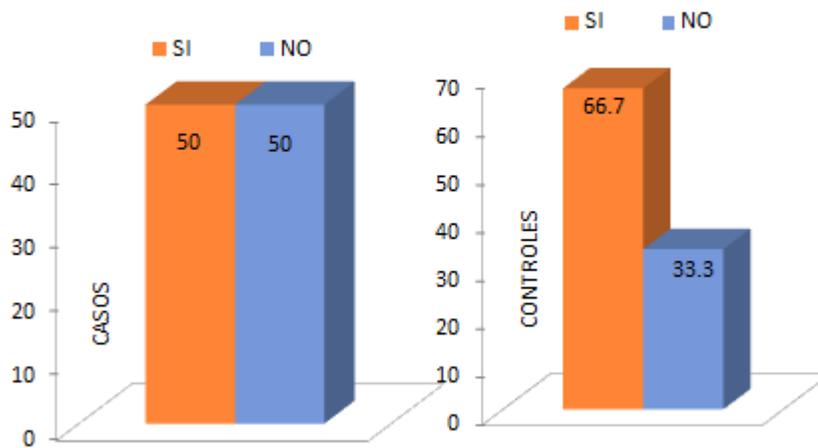
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

HABITOS TOXICOS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



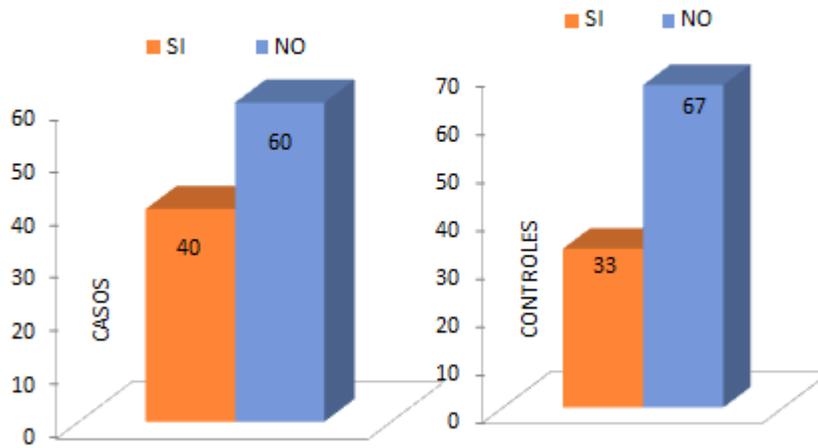
FUENTE : CUADRO No. 3

FUMADO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 3

**ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



FUENTE : CUADRO No. 3

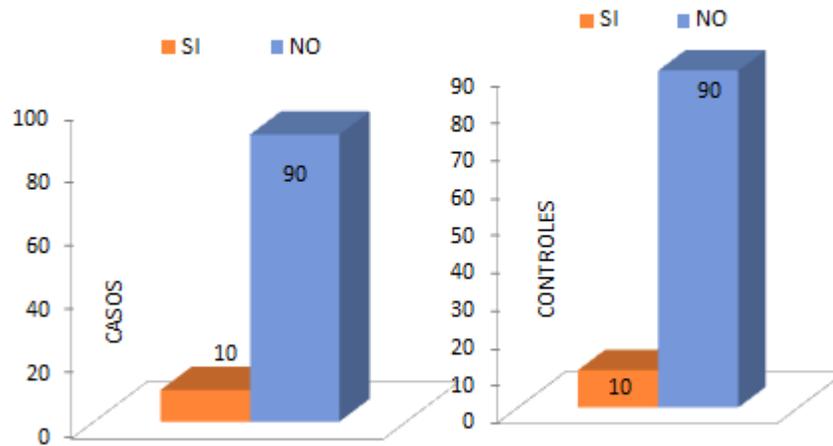
CUADRO No.4

Antecedentes ginecobstetricos como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Gestaciones Previas	Condición de riesgo						Pruebas
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Ninguno	21	70.0	11	37.9	32	54.2	OR.3.82 IC1.14-13.16 CH²6.01
1 a 3	9	30.0	18	62.1	27	45.8	P0.0142553
Gestaciones Más de 4	1	10.0	2	10.0	3	10	OR.1.00 IC0.0-17.68 CH²0.00
1 a 3	9	90.0	18	90.0	27	90	P1.0000000
Aborto							
Si	1	3.3	2	6.5	3	4.9	OR.0.48 IC0.02-7.40 CH²0.34
No	30	96.7	29	93.5	59	95.1	P0.5571672
cesáreas							
Si	4	12.9	6	19.4	10	16.2	OR.0.62 IC0.3-2.89 CH²0.34
No	27	87.1	25	80.6	52	83.8	P0.4933413

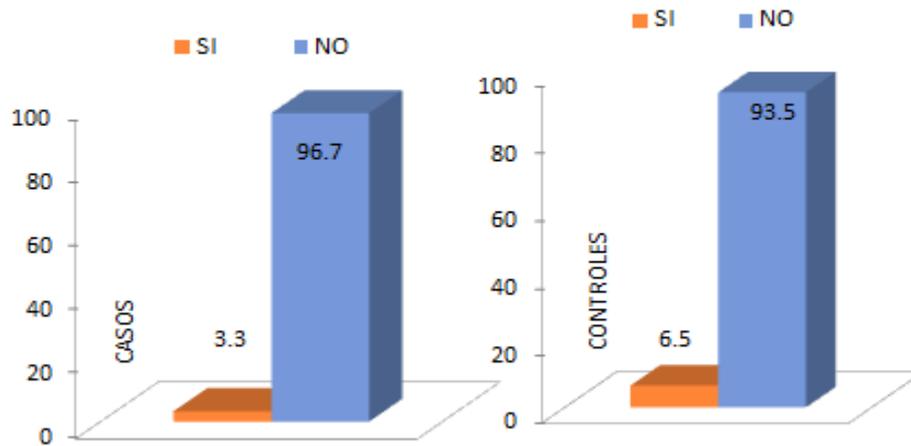
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

**MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



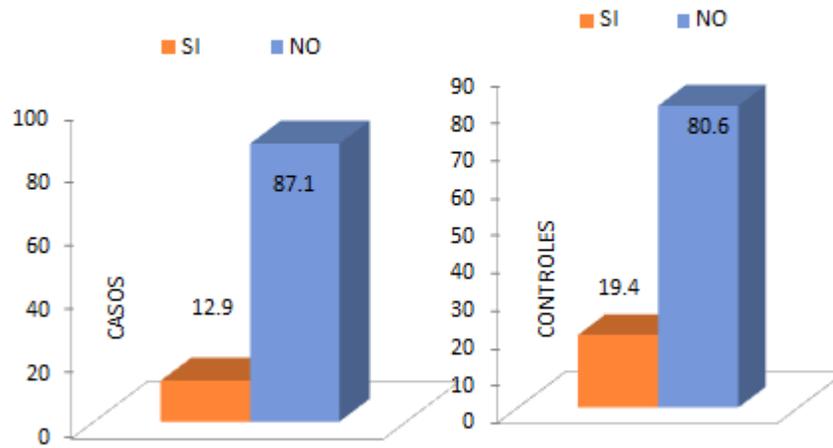
FUENTE : CUADRO No. 4

**ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN
NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



FUENTE : CUADRO No. 4

ANTECEDENTE DE CESAREA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 4

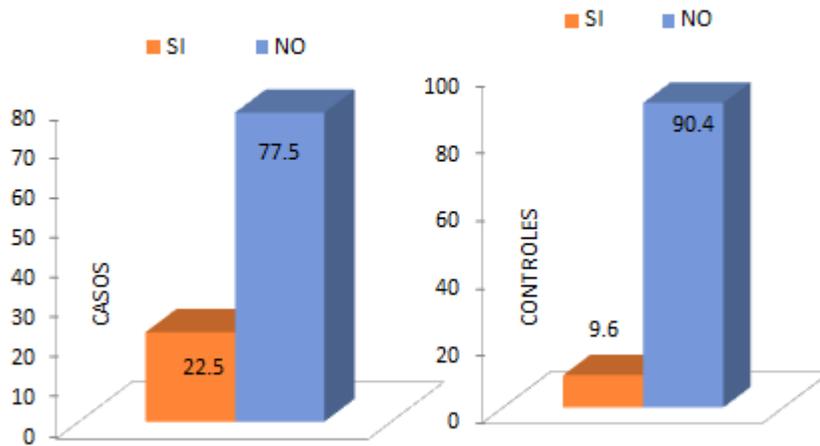
CUADRO No.5

Antecedentes de morbilidad fetal como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Patologías fetales Previas	Condición de riesgo						Pruebas
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		
Patologías fetales	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Si	7	22.5	3	9.6	10	16.4	OR.2.72 IC0.54-15.16 CH ² 1.88 P0.1706843
No	24	77.5	28	90.4	52	83.8	
RCIU							
Si	4	57	1	33	5	50	OR.2.67 IC0.69-12.92 CH ² 0.43 P0.51269081
No	3	43	2	67	5	50	
Malformaciones congénitas							
Si	1	14	1	33	2	20	OR.0.33 IC0.00-20.75 CH ² 0.43 P0.5126908
No	6	86	2	67	8	80	
Muerte Fetal							
Si	2	29	1	33	3	30	OR.0.80 IC0.02-39.39 CH ² 0.02 P0.8864030
No	5	71	2	67	7	70	

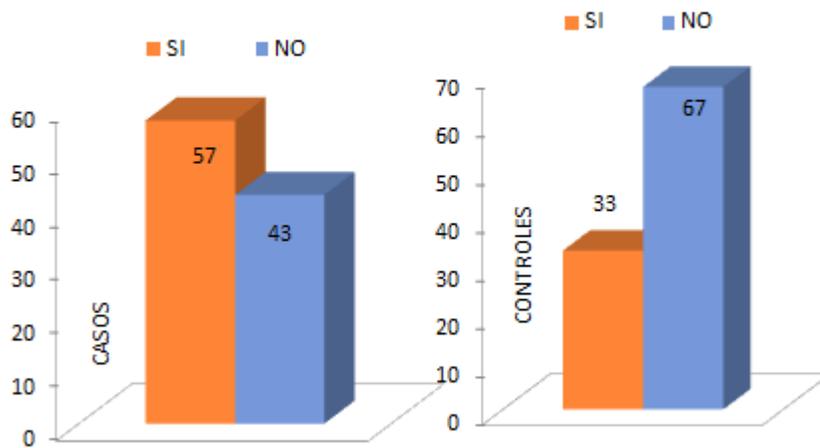
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

ANTECEDENTE DE MORBILDAD FETAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN MUJERES CON IMC< DE 18 ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



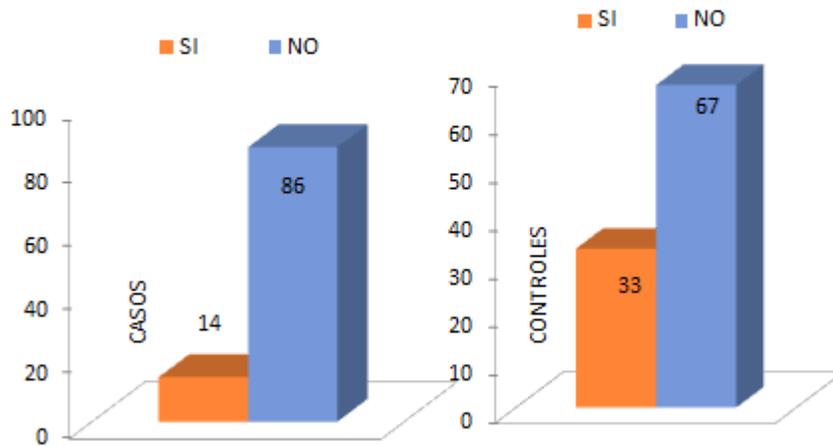
FUENTE : CUADRO No. 5

ANTECEDENTE RCIU FETAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



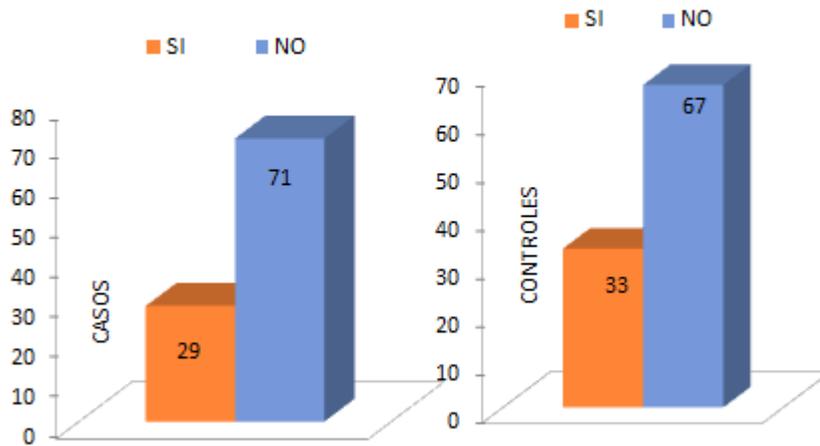
FUENTE : CUADRO No. 5

ANTECEDENTE DE MALFORMACIONES CONGENITAS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 5

ANTECEDENTE MUERTE FETAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 5

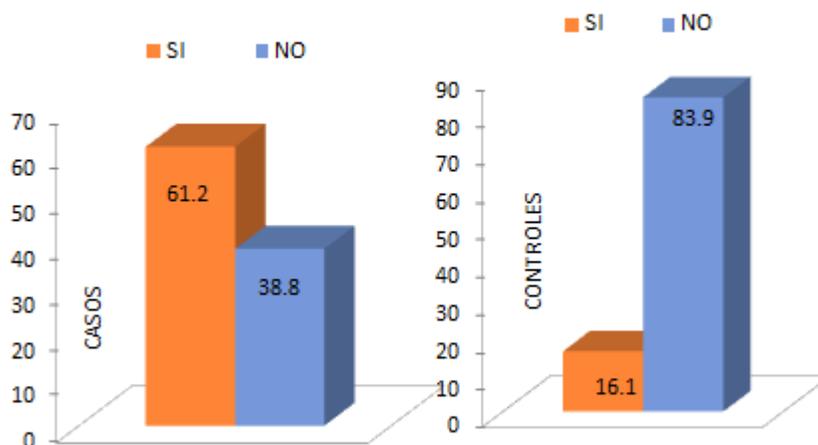
CUADRO No.6

Antecedentes patológicos como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Patologías maternas Previas	Condición de riesgo						Pruebas
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		
patologías	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
si	19	61.2	5	16.1	24	38.7	OR.8.23 IC2.18-33.13 CH ² 13.11 P0.0002938
no	12	38.8	26	83.9	38	61.2	
Toxoplasmosis							
SI	2	11.0	0	0	2	11.0	
No	17	89.0	0	0	17	89.0	
Anemia							
Si	4	21.0	1	20.0	5	21.0	OR.1.07 IC0.07-32.68 CH ² 0.00 P0.9597379
No	15	79.0	4	80.0	19	79.0	
IVU							
si	13	68	3	60.0	16	67.0	OR.1.44 IC0.12-16.07 CH ² 0.12 P0.7278956
No	6	42	2	40.0	8	33.0	
Malaria							
si	0	0	1	20.0	1	6.0	
No	12	100	4	80.0	16	94.0	

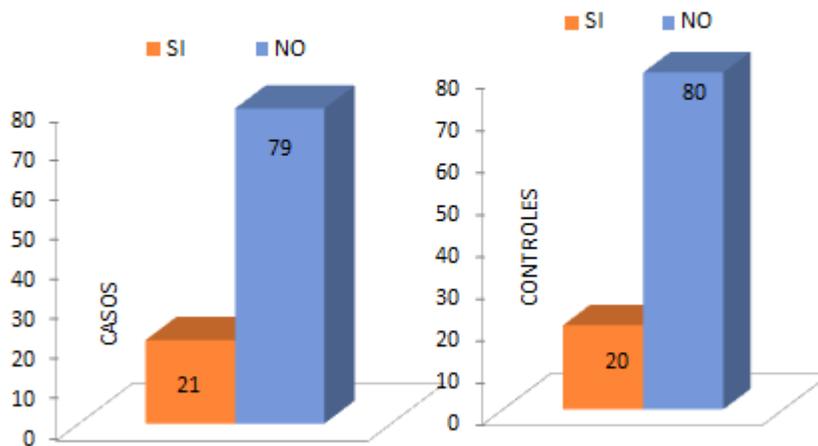
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

ANTECEDENTE PATOLOGIAS PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



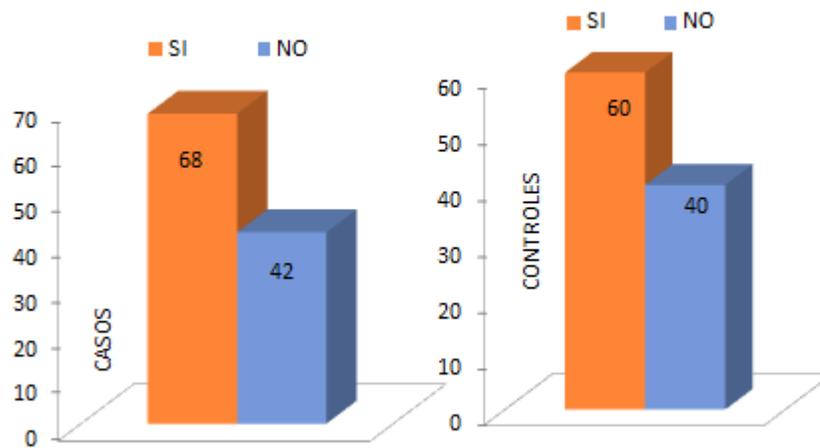
FUENTE : CUADRO No. 6

ANTECEDENTE ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 6

ANTECEDENTE DE INFECCION URINARIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 6

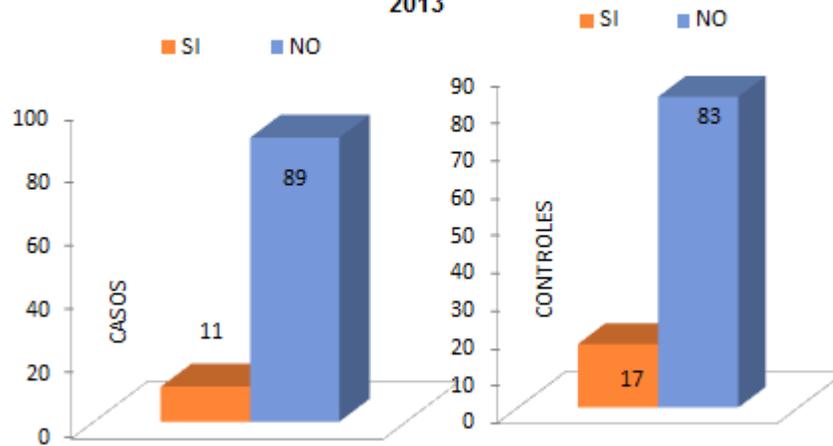
CUADRO No.7

Complicaciones del embarazo actual como factor de riesgo asociado a las complicaciones materno y perinatal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

Complicaciones Embarazo actual	Condición de riesgo						Pruebas
	Casos n= 31		Control n=31		Total n= 62		
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Complicaciones							
Si	28	90.3	6	19.3	34	54.8	OR.38.89 IC7.48-239.13 CH ² 31.01
no	3	9.7	25	80.7	28	45.2	P0.0000000
SHG							
Si	3	11.0	1	17.0	4	12.0	OR.0.60 IC0.04-18.32 CH ² 0.16
No	25	89.0	5	83.0	30	88.0	P0.685783
IVU							
Si	10	36.0	1	17.0	11	32.0	OR.2.78 IC0.24-72.13 CH ² 0.80
No	18	64.0	5	83.0	23	68.0	P0.3725832
Amenaza de parto P							
si	9	32.0	3	50.0	12	35.0	OR.0.47 IC0.06-3.80 CH ² 0.67
No	19	78.0	3	50.0	22	65.0	P0.4131762
Infección Vaginal							
si	6	21.0	1	17.0	7	21.0	OR.1.36 IC0.11-37.01 CH ² 0.07
No	22	79.0	5	83.0	27	79.0	P0.7946795

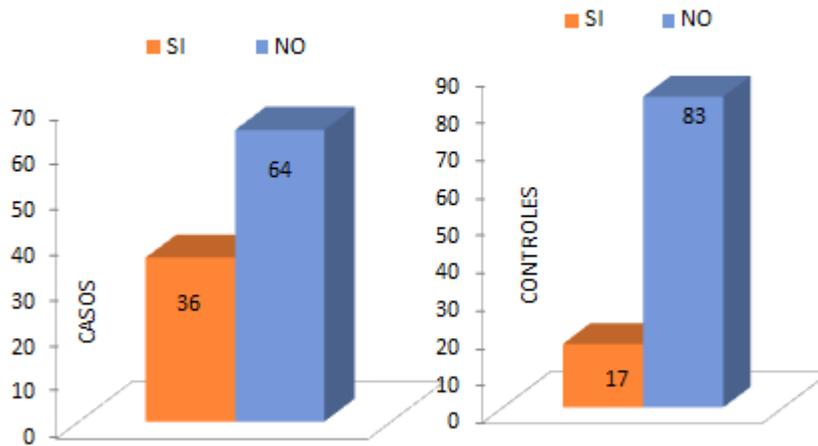
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL EN MBARAZO ACTUAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



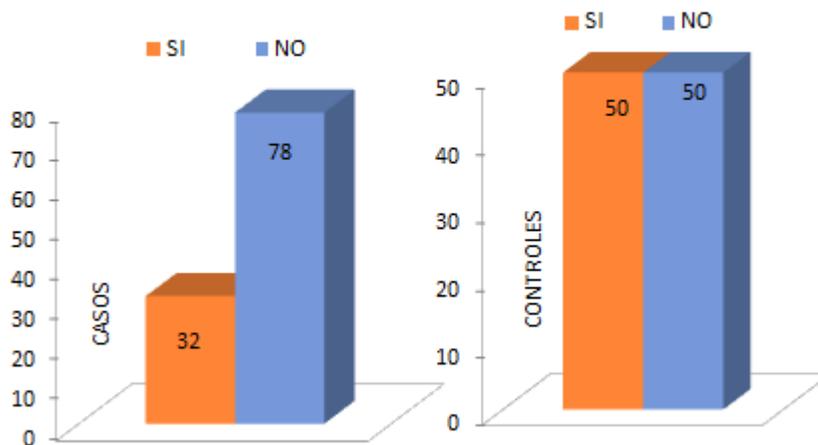
FUENTE : CUADRO No. 7

INFECCION DE VIAS URINARIAS EN MBARAZO ACTUAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



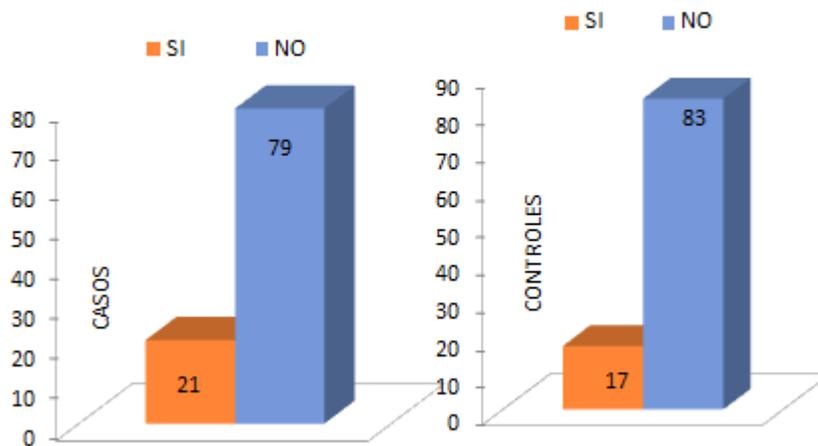
FUENTE : CUADRO No. 7

AMENAZA DE PARTO PREMATURO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 7

INFECCION VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



FUENTE : CUADRO No. 7

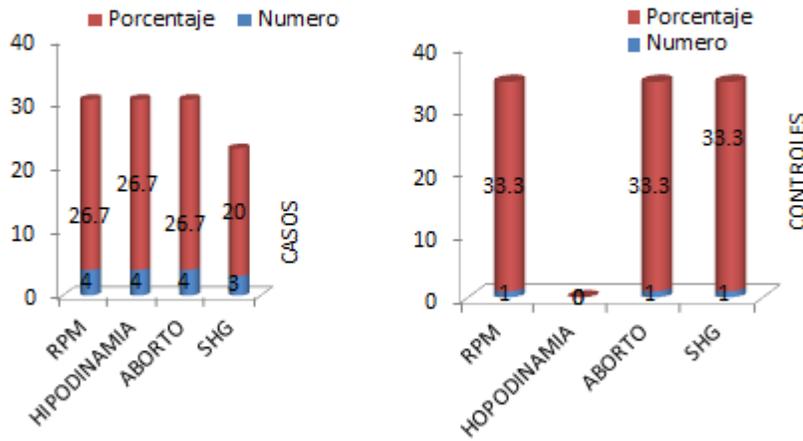
CUADRO No.8

Complicaciones materno fetal en mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

COMPLICACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Complicaciones del parto	n= 15	
Ruptura prematura de membranas	4	26.7
Hipodinamia	4	26.7
Aborto	4	26.7
síndrome hipertensivo gestacional	3	20
Complicaciones del puerperio	n=14	
Anemia	5	35,7
sepsis puerperal	4	28.5
Infección de vías urinarias	2	14.2
Infección de la herida quirúrgica	2	14.2
Hemorragia	1	7.1
Complicaciones perinatal	n=19	
RCIU	6	31.6
Bajo peso al nacer	6	31.6
Prematurez	6	31.6
Sufrimiento fetal aguda	5	26.3
Sepsis neonatal	5	26.3
Asfixia	1	5.2
Síndrome de aspiración meconial	1	5.2

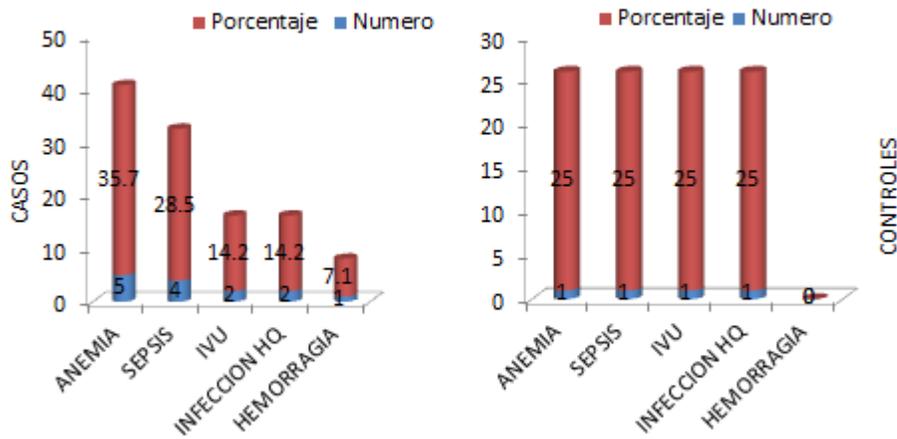
FUENTE: Expedientes clínicos de mujeres con bajo peso (IMC<18) atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, II semestre del 2013

COMPLICACIONES DEL PARTO DE EMBARAZADAS CON BAJO PESO ATENDIDAS POR UN EVENTO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



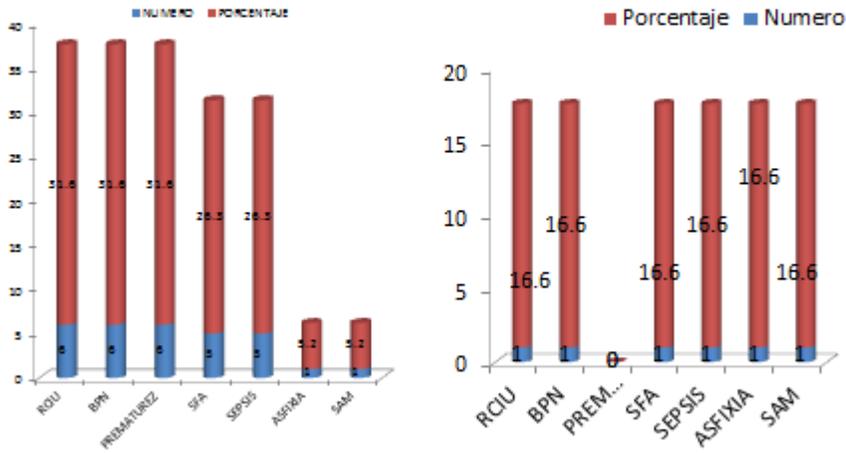
CUADRO #8

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO DE MADRES CON BAJO PESO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE. MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013



CUADRO #8

**COMPLICACIONES PERINATLES EN MUJERES CON BAJO PESO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE.
MANAGUA II SEMESTRE DEL 2013**



CUADRO #8