

Universidad Católica de Santa María
FIDE SPLENDET ET SCIENTIA
Facultad de Medicina Humana
Programa Profesional de Medicina Humana



“Embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad materna extrema de la vida reproductiva, atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa, 2012”

Autora:

GLEIDY MALLMA VILCA

Tesis presentada para optar el Título

Profesional de Médico-Cirujano

Arequipa - Perú

2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, fuente de mi inspiración en mis momentos de angustias, esmero, dedicación, aciertos y reveses, alegrías y tristezas que caracterizaron el transitar por este camino que hoy veo realizado y que a lo largo de él me enseñó más de lo que esperaba.

A mis padres, Dionisio y Julia; a mis hermanos Julissa, Paúl y Ralph y al gran amor de mi vida Alex, por todo el apoyo que me dieron, porque me sacaron adelante hasta ahora, gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida .

A la Universidad Católica de Santa María, por haberme formado durante siete años, donde he podido conocer maestros que me inculcaron conocimientos y me hicieron comprender la enorme responsabilidad de la carrera médica y al Hospital Goyeneche III de Arequipa donde pude realizar el Internado Médico, brindándome los conocimientos prácticos necesarios para mi labor como médico.

Agradecimiento a mis asesores , por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitió en el desarrollo de mi formación profesional, mi reconocimiento y gratitud por su invaluable ayuda desinteresada.

"Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles"

Bertolt Brecht.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	9
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	38
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	50
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	55
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	56
Anexo 2: Proyecto de Investigación.....	57

RESUMEN

Antecedente: El embarazo y el parto son procesos naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias como el embarazo en edades extremas, la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Objetivo: Establecer si la edad materna en extremos de la vida reproductiva determina diferentes características del embarazo, parto y puerperio en el Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 300 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en 3 grupos: edad > 20; entre 20 a 34 y ≥ 35 años.

Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio fue en relación a adolescentes: CPN inadecuado (RR: 1.73, $p < 0.05$), Enfermedad hipertensiva (RR: 2.25; $p < 0.05$), infección urinaria (RR: 2.33; $p < 0.05$), anemia gestacional (RR: 2.75, $p < 0.05$), cesárea (RR: 2; $p < 0.05$), desgarro perineal (RR: 2; $p > 0.05$), hemorragia postparto (RR: 2; $p > 0.05$) y en relación a añosas: CPN inadecuado (RR: 1.63, $p < 0.05$), Enfermedad hipertensiva (RR: 2.73; $p < 0.05$), infección urinaria (RR: 2.66; $p < 0.05$), anemia gestacional (RR: 2, $p > 0.05$), cesárea (RR: 2.2; $p < 0.05$), desgarro perineal (RR: 1.5; $p > 0.05$), hemorragia postparto (RR: 2.6; $p < 0.05$)

Conclusión: El control prenatal inadecuado, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la infección de vías urinarias, la anemia gestacional y la cesárea son condiciones de riesgo asociadas a embarazo adolescentes. El desgarro perineal y la hemorragia postparto no son condiciones de riesgo asociadas a embarazo adolescentes. El control prenatal inadecuado, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la infección de vías urinarias, la cesárea y la

hemorragia postparto son condiciones de riesgo asociadas a embarazo en mayores de 34 años. La anemia gestacional y el desgarro perineal no son condiciones de riesgo asociadas a embarazo en mayores de 34 años ($p>0.05$).

PALABRAS CLAVE: edades extremas de la vida - complicaciones.



ABSTRACT

Background: Pregnancy and childbirth are natural processes. However, under certain conditions and circumstances as extreme age pregnancy, the pregnant woman has an increased risk of morbidity and maternal and perinatal mortality.

Objective: Establish if maternal age in extremes of reproductive life is related with varied characteristics in pregnancy, delivery and puerperium in Arequipa Goyeneche Hospital 2012.

Methods: We made an analytic, observational, retrospective, cohorts study. The population were integrated by 300 pregnant women according to inclusion and exclusion criteria set divided into two groups: < 20 years; between 20 to 34 years and ≥ 35 years.

Results: The estadistical analysis about the variables in study were related to teen women: inadecuado control (RR: 1.73 , $p < 0.05$), hipertensiva disease (RR: 2.25 ; $p < 0.05$), urinary infection (RR. 2.33; $p < 0.05$), anemia (RR: 2.75 , $p < 0.05$), cesarea (RR: 2 ; $p < 0.05$), perineal scarr (RR. 2; $p > 0.05$), postpartum hemorrhage (RR. 2; $p > 0.05$) and related to older: inadecuado control (RR: 1.63 , $p < 0.05$), hipertensiva disease (RR: 2.73 ; $p < 0.05$), urinary infection (RR. 2.66; $p < 0.05$), anemia (RR: 2 , $p > 0.05$), cesarea (RR: 2.2 ; $p < 0.05$) perineal scar (RR. 1.5; $p > 0.05$), postpartum hemorraghe (RR. 2.6 ; $p < 0.05$).

Conclusion: Inadecuado control, hipertensiva disease, urinary infection, anemia y cesarea are conditions related to teen pregnant. Perineal scarr and postpartum hemorrhage are not conditions related to teen pregnant. Inadecuado control, hipertensiva disease, urinary infection, hemorrhage postpartum and cesarea are conditions related to older pregnant. Perineal scarr and anemia are not conditions related to older pregnant.

KEYWORDS: extreme ages of life - complications.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable , pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. En la literatura biomédica se reporta que el embarazo en mujeres mayores de 35 años y menores de 20 conlleva a complicaciones para el binomio madre-hijo .

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Las gestantes añosas definidas como aquellas mayores de 35 años (FIGO 1958) , sobre todo aquellas primigestas son un grupo poblacional que ha venido en aumento puesto que las oportunidades tecnológicas y las necesidades de la vida moderna han generado que las mujeres posterguen la maternidad en pro de la realización de sus objetivos personales .

De forma global hay mayor morbilidad materna en las adolescente, durante el embarazo prevalece la anemia, la escasa ganancia de peso materno, la infección urinaria y los estados hipertensivos gestacional. Durante el período de parto hay un mayor índice de partos operatorios y de lesiones anatómicas en el canal blando; y por último durante el puerperio prevalece la anemia y la endometritis

La maternidad tardía se asocia generalmente a alteraciones preexistentes que inevitablemente se incrementa con la edad, las cuales en su mayoría se identifican como grupo de riesgo. En este período de tiempo aparecen enfermedades como la prematuridad, hipertensión arterial crónica (HTA), malformaciones congénitas y alteraciones genéticas, entre otras, que afectan sensiblemente la morbilidad materno infantil, ya que éstas mujeres cursan un embarazo donde se observa mayor frecuencia de afectaciones médicas obstétricas, favorecen las complicaciones en el parto .

El presente estudio se desarrolló en la Ciudad de Arequipa en pacientes del servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa durante el periodo comprendido entre enero a Diciembre del 2012, no existiendo trabajos realizados en nuestra ciudad, de allí la importancia de la presente investigación pues deseamos informar , orientar , aconsejar y controlar a estas pacientes , puesto que es muy pobre la percepción de estas pacientes de que , a mayor edad materna , es menor la fertilidad y son mayores los riesgos para la salud , tanto materna como fetal .

CAPÍTULO I
MATERIALES Y MÉTODOS



MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de revisión de historias clínicas de gestantes con parto atendido en el servicio de obstetricia realizada en el Hospital Goyeneche III en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2012 en Arequipa

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha para recolectar datos de cada historia clínica (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa.

2.1. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó de forma retrospectiva en el período comprendido entre 01 de enero al 31 de diciembre del 2012.

2.2. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa

2.3. **Población:** Totalidad de gestantes con parto atendido en el Servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Gestantes con parto atendido en el Servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche III . La muestra se dividió en dos partes:

Casos:

- madres gestantes adolescentes [< 20 años]
- Madres gestantes añosas [35 a más años])

Controles:

- mujeres con edad reproductiva ideal (20 a 34 años)

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Gestantes con parto atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa
- Gestantes con embarazo único
- Historias clínicas completas

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas
- Gestantes con enfermedades crónicas sin relación con el embarazo.

3. Tipo de investigación: analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar la autorización del Director Hospital Goyeneche III de Arequipa y al Jefe de Departamento de Obstetricia para acceder al material de estudio.

- Se buscó la información correspondiente en cada historia clínica seleccionada, con la ayuda de fichas de recolección de datos previamente redactadas.
- Una vez concluida la recopilación de información proporcionada de las historias clínicas, se tabularon y se organizó en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha para recolectar información (Anexo 1).

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se

transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

El registro de datos que fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 20 los que luego serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las condiciones que formaron parte de la denominación: morbilidad materna en ambos grupos de estudio.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que es un estudio que evaluó la asociación entre 2 variables a través de un diseño de cohortes; se obtuvo el riesgo relativo (RR) para cada uno de los elementos que conforman la morbilidad materna en nuestra investigación.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	
		SI	NO
EDAD MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA	SI	a	b
	NO	c	d

RIESGO RELATIVO: $a (c+d) / c (a+b)$



EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 1: Edad materna menor de 20 años según control prenatal < 5 en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

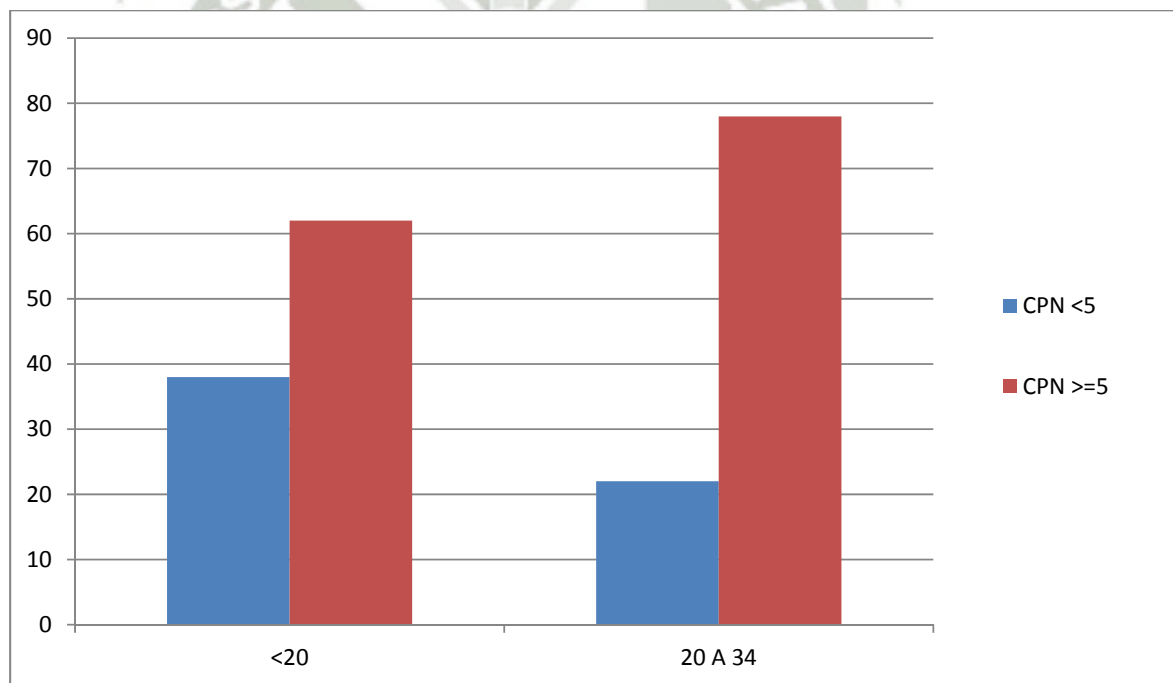
Edad materna	CPN <5		Total
	Si	No	
<20	38	62	100
20 a 34	22	78	100
Total	60	140	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA -Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 6.40
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 1.73
- Intervalo de confianza al 95%: (1.14; 2.78)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico Nº 1: Edad materna menor de 20 años según control prenatal < 5 en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de control prenatal < 5 en el grupo <20 años fue de 38% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 22%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 2: Edad materna menor de 20 años según Enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

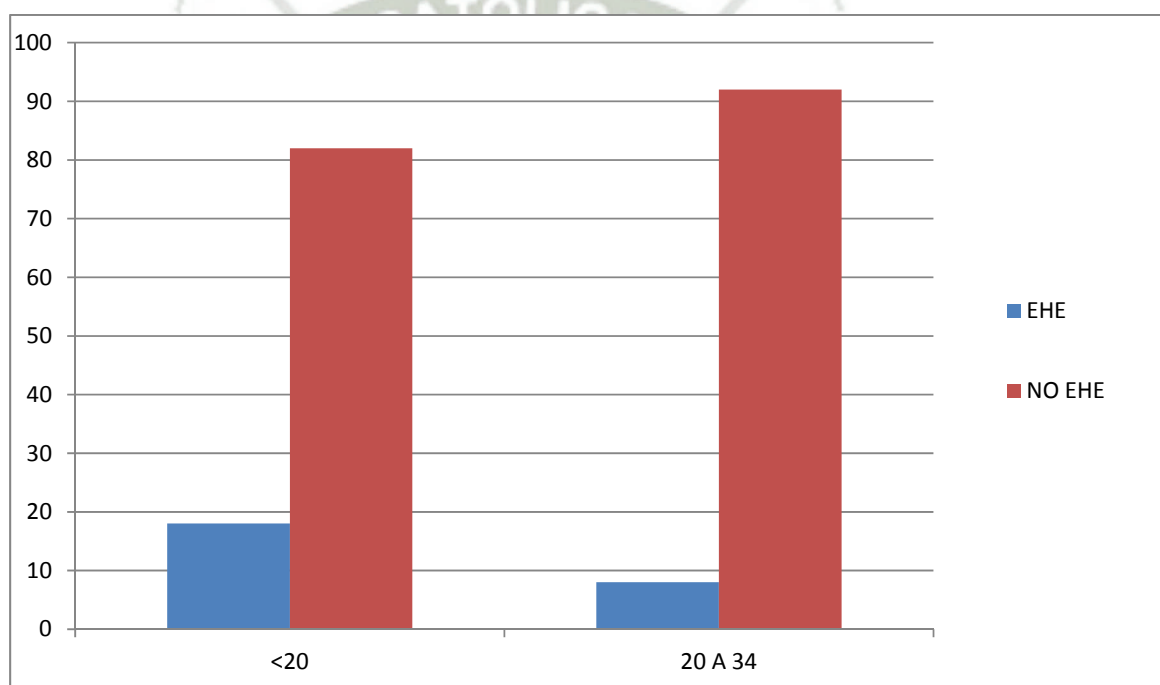
Edad materna	EHE		Total
	Si	No	
<20	18	82	100
20 a 34	8	92	100
Total	26	172	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 5.23
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 2.25
- Intervalo de confianza al 95%: (1.12; 3.82)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 2: Edad materna menor de 20 años según Enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de Enfermedad hipertensiva del embarazo en el grupo <20 años fue de 18% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 8%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 3: Edad materna menor de 20 años según Infección del tracto
urinario en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

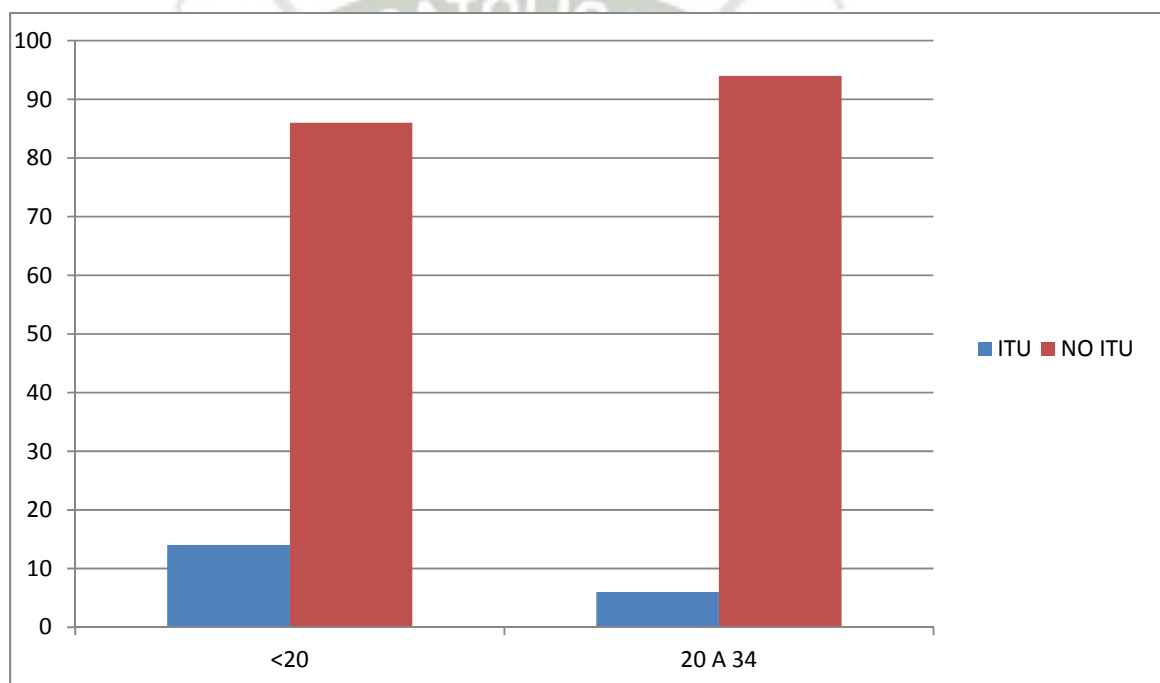
Edad materna	ITU		Total
	Si	No	
<20	14	86	100
20 a 34	6	94	100
Total	20	180	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias
clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 4.17
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 2.33
- Intervalo de confianza al 95%: (1.08; 3.44)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 3: Edad materna menor de 20 años según Infección del tracto urinario en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de Infección de vías urinarias en el grupo <20 años fue de 14% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 6%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 4: Edad materna menor de 20 años según anemia en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

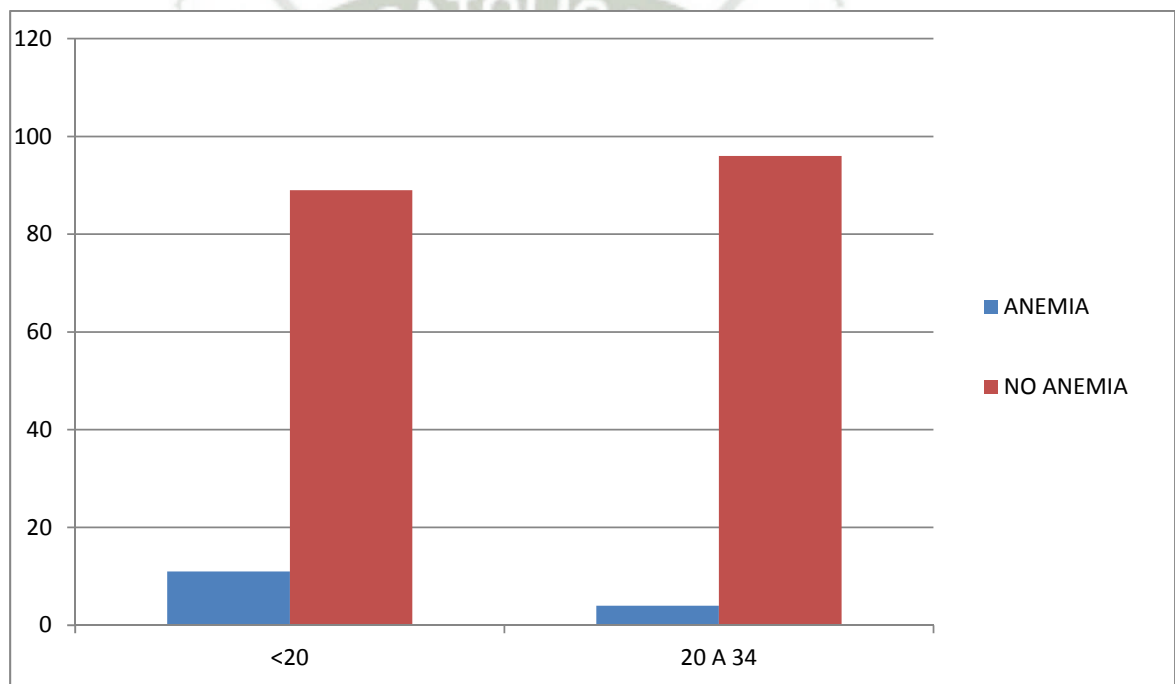
Edad materna	ANEMIA		Total
	Si	No	
<20	11	89	100
20 a 34	4	96	100
Total	15	185	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 4.43
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 2.75
- Intervalo de confianza al 95%: (1.18; 4.46)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 4: Edad materna menor de 20 años según anemia en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de anemia en el grupo <20 años fue de 11% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 5: Edad materna menor de 20 años según cesárea en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

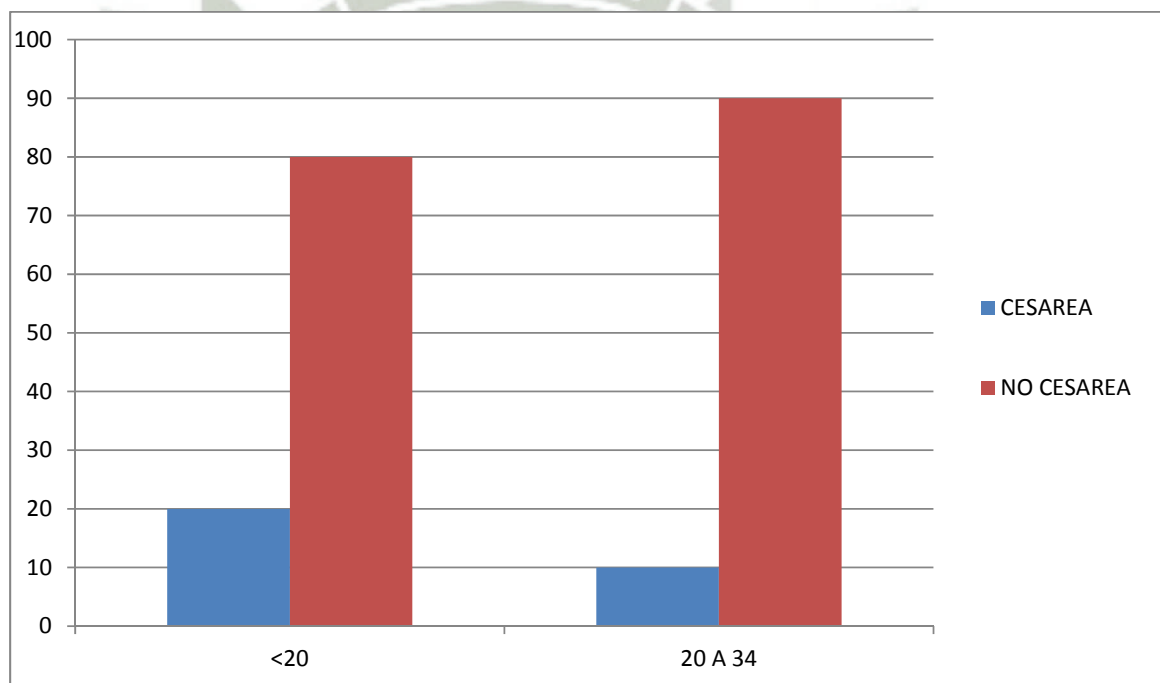
Edad materna	CESAREA		Total
	Si	No	
<20	20	80	100
20 a 34	10	90	100
Total	30	170	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 4.31
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 2
- Intervalo de confianza al 95%: (1.22; 3.86)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 5: Edad materna menor de 20 años según cesárea en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de cesárea en el grupo <20 años fue de 20% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 10%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 6: Edad materna menor de 20 años según desgarro perineal en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

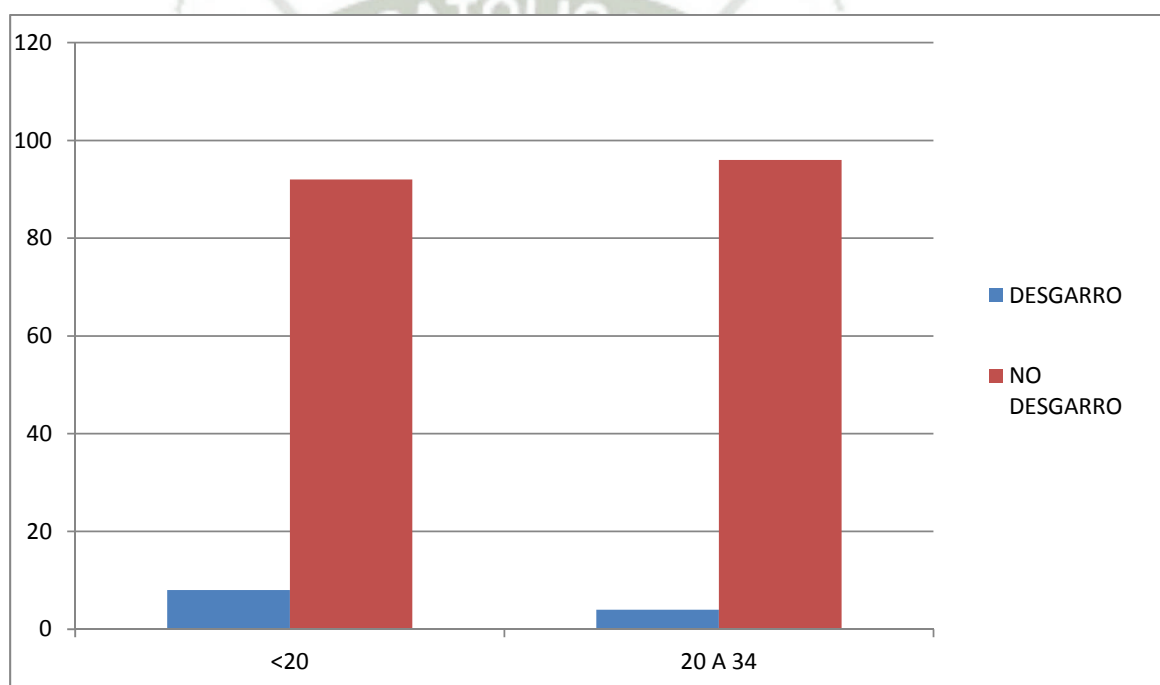
Edad materna	DESGARRO PERINEAL		Total
	Si	No	
<20	8	92	100
20 a 34	4	96	100
Total	12	188	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 1.59
- $p > 0.05$
- Riesgo relativo: 2
- Intervalo de confianza al 95%: (0.78; 3.24)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 6: Edad materna menor de 20 años según desgarro perineal en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de desgarro perineal en el grupo <20 años fue de 8% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 7: Edad materna menor de 20 años según hemorragia
postparto en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

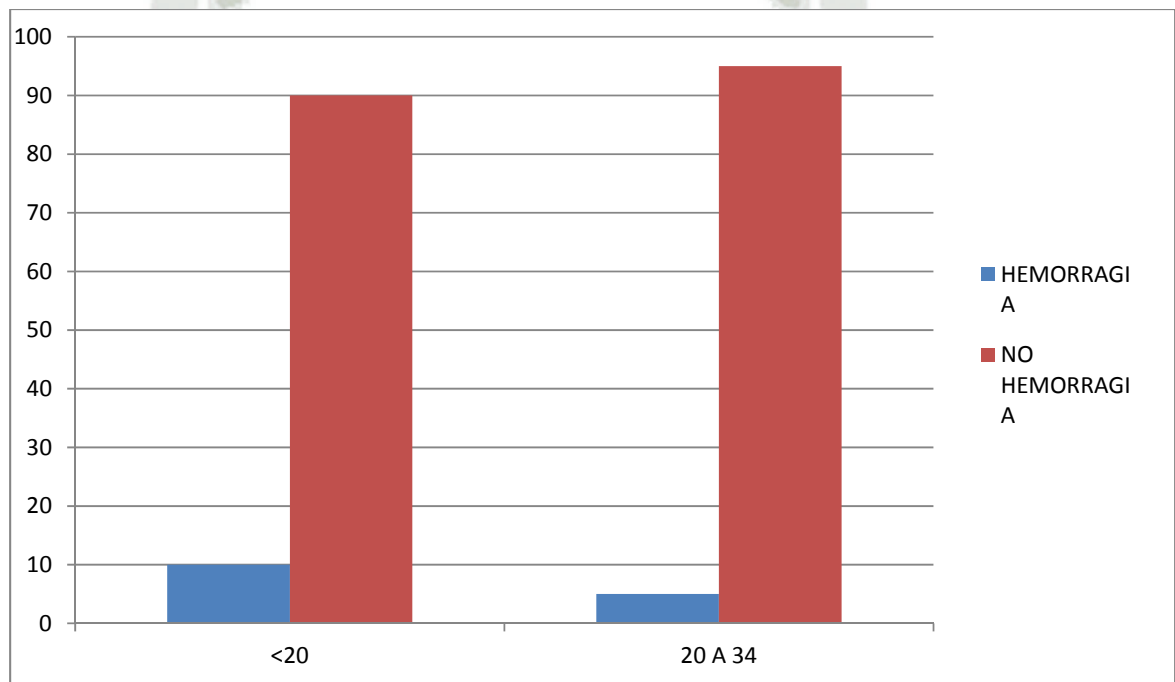
Edad materna	HEMORRAGIA POSTPARTO		Total
	Si	No	
<20	10	90	100
20 a 34	5	95	100
Total	15	185	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias
clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 1.75
- $p > 0.05$
- Riesgo relativo: 2
- Intervalo de confianza al 95%: (0.84; 3.46)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 7: Edad materna menor de 20 años según hemorragia postparto en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de hemorragia postparto en el grupo <20 años fue de 10% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 5%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 8: Edad materna mayor o igual de 35 años según control prenatal < 5 en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

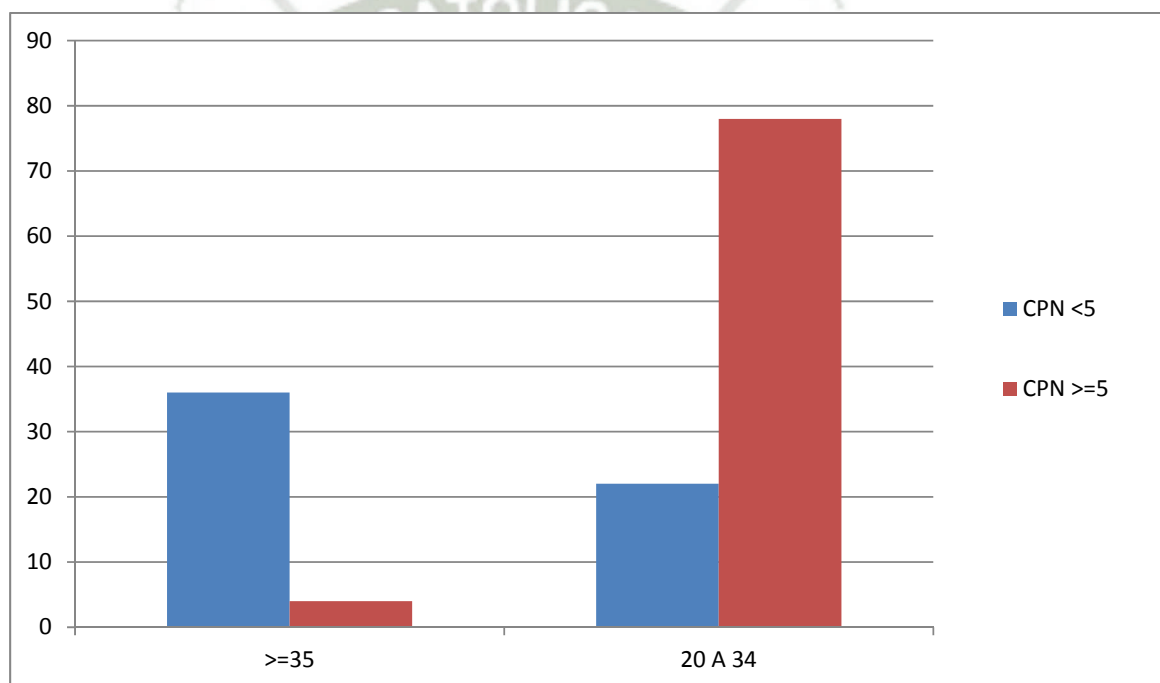
Edad materna	CPN <5		Total
	Si	No	
>=35	36	62	100
20 a 34	22	78	100
Total	58	142	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 4.99
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 1.63
- Intervalo de confianza al 95%: (1.12; 2.64)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 8: Edad materna mayor o igual de 35 años según control prenatal < 5 en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de control prenatal < 5 en el grupo >=35 años fue de 36% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 22%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 9: Edad materna mayor o igual a 35 años según Enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

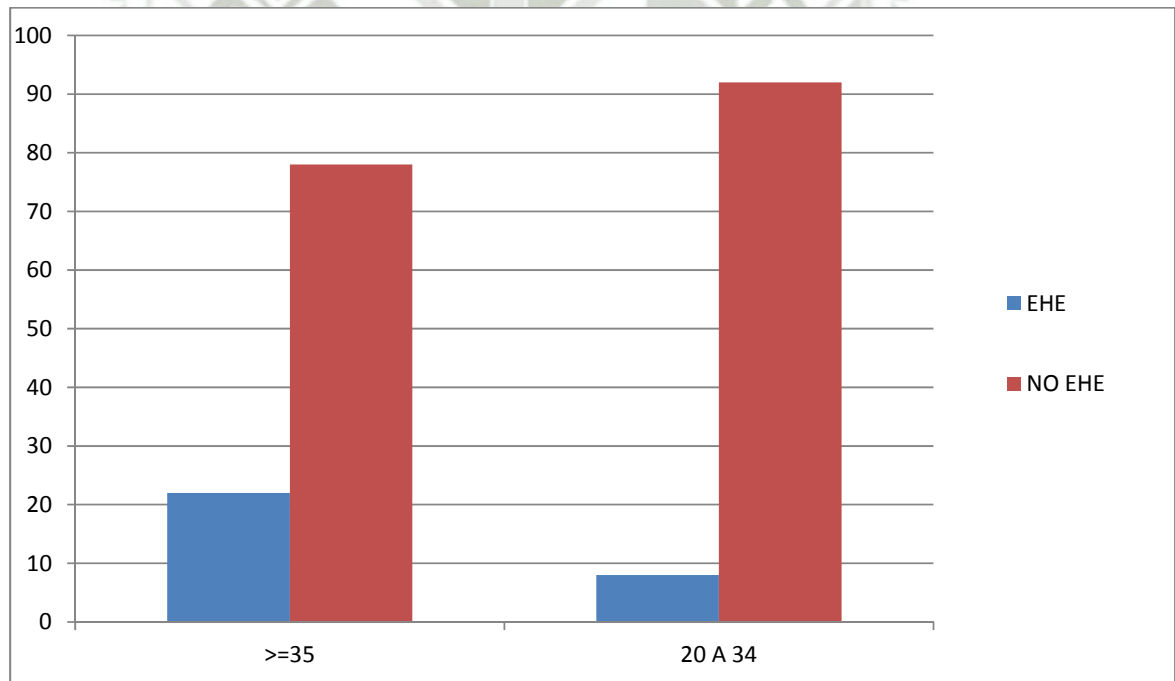
Edad materna	EHE		Total
	Si	No	
>=35	22	78	100
20 a 34	8	92	100
Total	30	170	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 9.49
- $p < 0.01$
- Riesgo relativo: 2.75
- Intervalo de confianza al 95%: (1.84; 5.24)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 9: Edad materna mayor o igual a 35 años según Enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de Enfermedad hipertensiva del embarazo en el grupo ≥ 35 años fue de 22% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 8%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 10: Edad materna mayor o igual a 35 años según Infección del tracto urinario en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

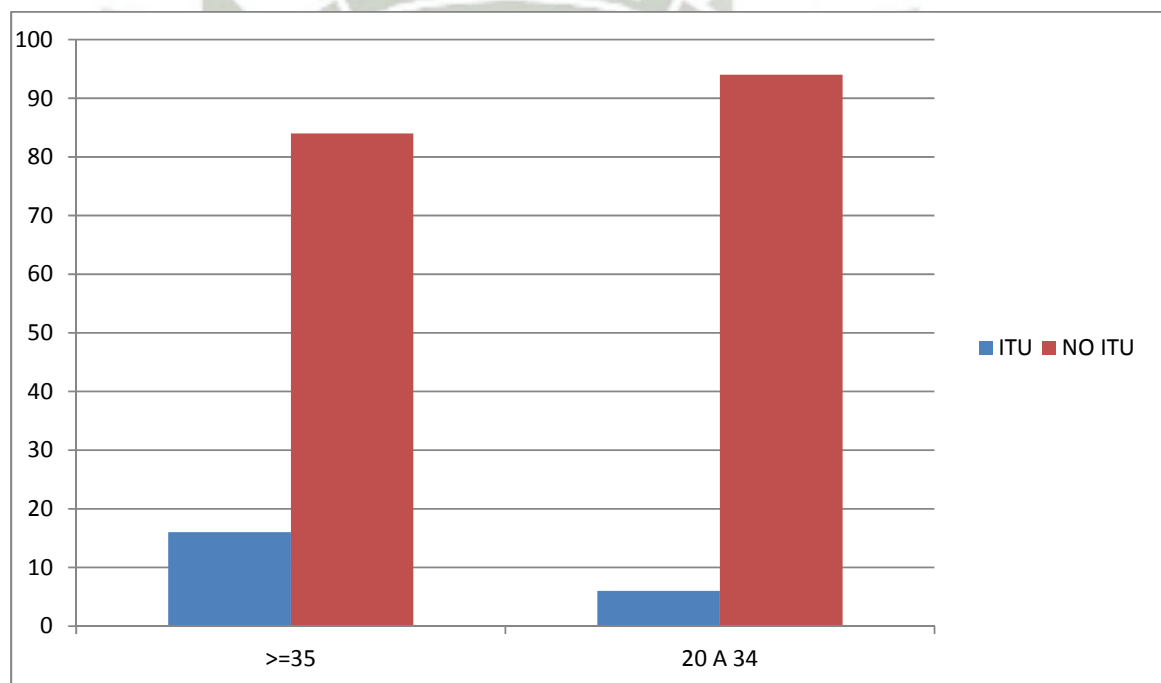
Edad materna	ITU		Total
	Si	No	
>=35	16	84	100
20 a 34	6	94	100
Total	22	178	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 6.31
- $p < 0.05$
- Riesgo relativo: 2.66
- Intervalo de confianza al 95%: (1.44; 5.06)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 10: Edad materna mayor o igual a 35 años según Infección del tracto urinario en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de Infección de vías urinarias en el grupo ≥ 35 años fue de 16% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 6%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 11: Edad materna mayor igual a 35 años según anemia en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

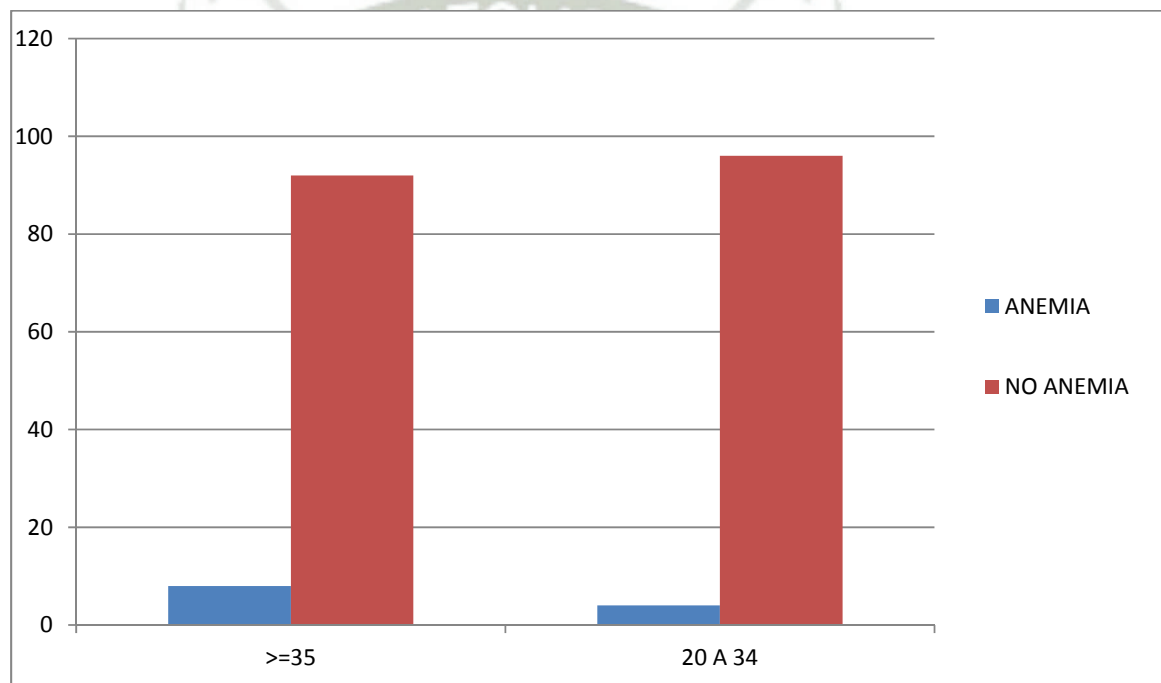
Edad materna	ANEMIA		Total
	Si	No	
>=35	8	92	100
20 a 34	4	96	100
Total	12	188	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 1.59
- $p > 0.05$
- Riesgo Relativo: 2
- Intervalo de confianza al 95%: (0.78; 3.24)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 11: Edad materna mayor igual a 35 años según anemia en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de anemia en el grupo ≥ 35 años fue de 8% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla Nº 12: Edad materna mayor o igual a 35 años según cesárea en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

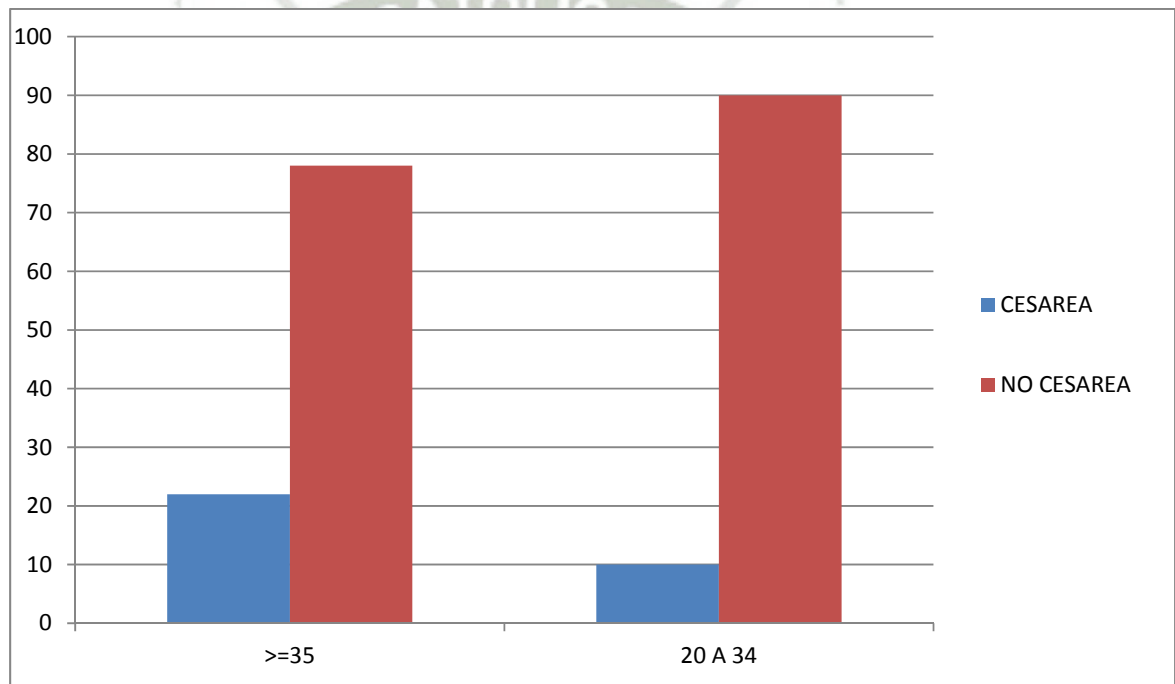
Edad materna	CESAREA		Total
	Si	No	
>= 35	22	78	100
20 a 34	10	90	100
Total	32	168	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 6.09
- $p < 0.05$
- Riesgo Relativo: 2.2
- Intervalo de confianza al 95%: (1.26; 3.98)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 12: Edad materna mayor o igual a 35 años según cesárea en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de cesárea en el grupo ≥ 35 años fue de 22% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 10%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 13: Edad materna mayor o igual a 35 años según desgarro perineal en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

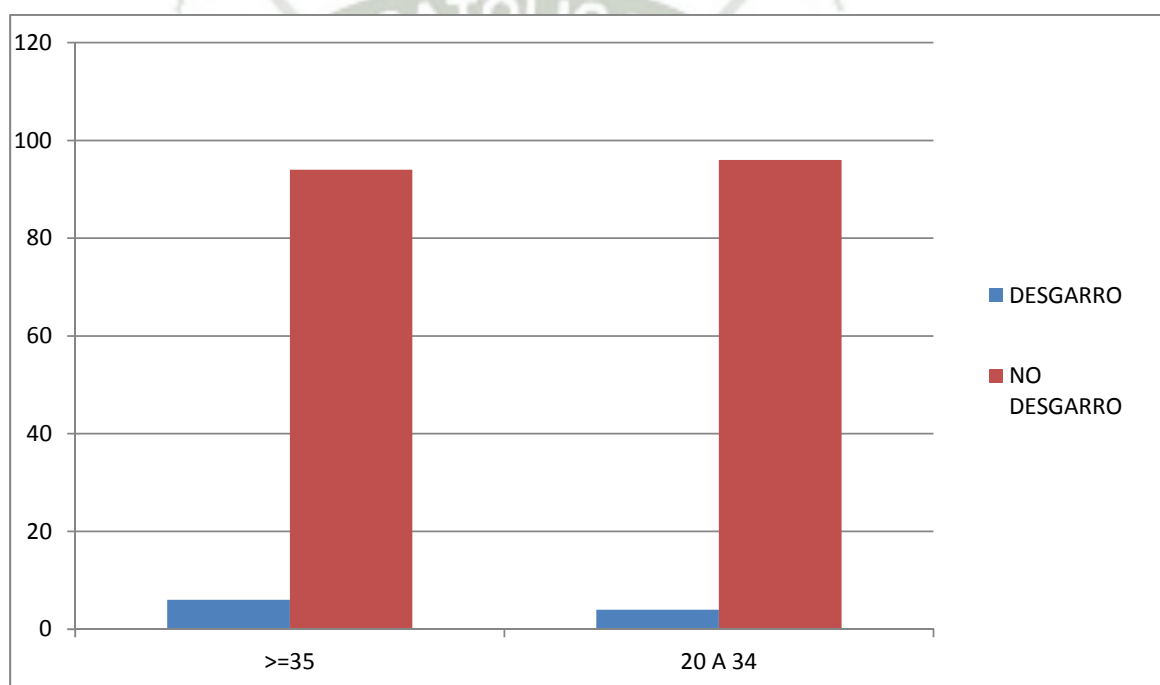
Edad materna	DESGARRO PERINEAL		Total
	Si	No	
>35	6	94	100
20 a 34	4	96	100
Total	10	190	200

FUENTE: HOSPITAL –GOYENECHÉ III AREQUIPA Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 0.60
- $p > 0.05$
- Riesgo Relativo: 1.5
- Intervalo de confianza al 95%: (0.58; 1.96)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 13: Edad materna mayor o igual a 35 años según desgarro perineal en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de desgarro perineal en el grupo mayor o igual a 35 años fue de 6% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Tabla N° 14: Edad materna mayor igual a 35 años según hemorragia postparto en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:

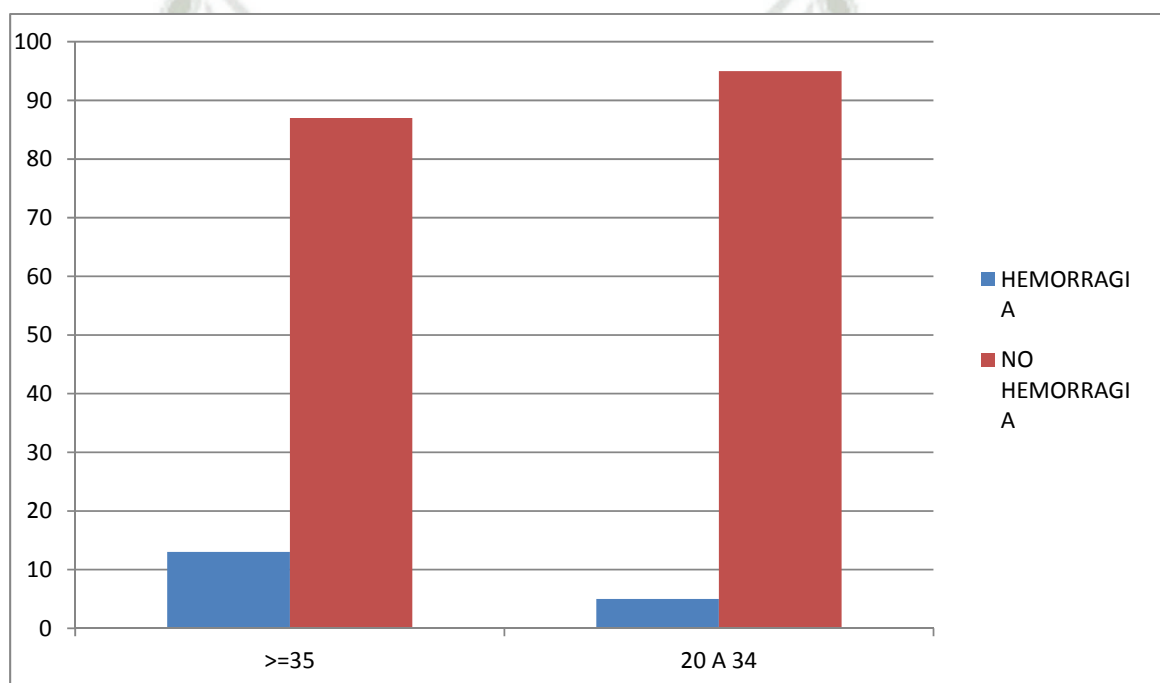
Edad materna	HEMORRAGIA POSTPARTO		Total
	Si	No	
>=35	13	87	100
20 a 34	5	95	100
Total	18	182	200

FUENTE: HOSPITAL GOYENECHÉ III AREQUIPA-Archivo historias clínicas-2012

- Chi Cuadrado: 4.78
- $p < 0.05$
- Riesgo Relativo: 2.6
- Intervalo de confianza al 95%: (1.32; 5.10)

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON EDAD
MATERNA EN EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ III DE AREQUIPA, 2012

Gráfico N° 14: Edad materna mayor igual a 35 años según hemorragia postparto en gestantes del Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012:



La frecuencia de hemorragia postparto en el grupo ≥ 35 años fue de 13% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 5%.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la presente investigación cabe resaltar que la totalidad de la muestra correspondió a 300 gestantes y como correspondía a un estudio de casos y controles ,fue dividida en 3 grupos según la condición independiente correspondiente a la edad materna ,así encontramos a 100 gestantes menores de 20 años; 100 gestantes de entre 20 a 34 años y 100 gestantes de 35 años a más ,de esta manera se desarrolló el análisis de los factores en estudio los cuales fueron 7 características que se verificaron durante el embarazo (control prenatal, enfermedad hipertensiva del embarazo, infección de tracto urinario y anemia gestacional), durante el parto (vía de parto y desgarro perineal) y durante el puerperio (hemorragia postparto) de los cuales en primer término se realizó el cálculo de su frecuencia en cada uno de los grupos y posteriormente se realizó la comparación de las mismas en primer término entre las gestantes adolescentes y las de edad adecuada y posteriormente entre las gestante añosas y las de edad adecuada considerando a estas últimas como aquellas que pertenecieron al intervalo de entre 20 a 34 años.

En relación con la comparación entre las gestantes adolescentes en relación con las gestantes de entre 20 a 34 años encontramos que las 7 variables se asociaron a nivel muestral es decir dentro de las 200

pacientes que forman parte de esta comparación lo que se verifica observando los valores de riesgo relativo superiores a la unidad; sin embargo 5 de ellas lograron además que esta asociación tenga impacto a nivel de toda la población lo cual se verifica a través del cálculo de sus intervalos de confianza y del grado de significancia por medio de la prueba estadística chi cuadrado como correspondía a variables que distribuyeron a la muestra en proporciones; siendo estas el control prenatal inadecuado, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la anemia gestacional y la cesárea; observando que el desgarro perineal y la hemorragia postparto no expresaron la significancia necesaria siendo las únicas condiciones no asociadas a embarazo adolescente en la presente investigación.

En cuanto a la comparación entre las gestantes añosas en relación con las gestantes de entre 20 a 34 años encontramos que en este caso también las 7 variables se asociaron a nivel muestral es decir dentro de estas 200 pacientes que forman parte de esta comparación lo que se verifica observando los valores de riesgo relativo superiores a la unidad; pero únicamente 5 de ellas lograron además que esta asociación tenga impacto a nivel poblacional lo cual se verifica a través del cálculo de sus intervalos de confianza y del grado de significancia alcanzado a través del test chi cuadrado como correspondía a variables que distribuyeron a la muestra en proporciones; siendo estas el control prenatal inadecuado, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la cesárea y la hemorragia postparto; observando que la anemia

gestacional y el desgarro perineal no expresaron la significancia necesaria siendo las únicas condiciones no asociadas a la gestación en mayores de 34 años en la presente investigación.

Respecto a las tablas y gráficos, podemos apreciar que **La Tabla y Gráfico 1**, muestran que la frecuencia de control prenatal < 5 en el grupo < 20 años fue de 38% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 22%. En este caso vemos que la condición gestante adolescente genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 1.73), así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.14; 2.78), y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$). Por tanto se concluye que el control prenatal inadecuado es una condición asociado a embarazo adolescente.

Respecto a los antecedentes identificados en la revisión bibliográfica podemos mencionar los conceptos expresados por **Llerena** en el 2010 en Arequipa quien realizó un estudio que describe las características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes en 166 pacientes. El 79,52 % de embarazos se dieron entre los 17 y 19 años (adolescencia tardía), 48% gestantes entre 14 y 16 años (adolescencia media). El 22,89% no tubo controles prenatales antes de su atención. (27)

En relación a este estudio de referencia podemos observar que la población sobre la que se desarrolla el análisis es idéntica a la nuestra siendo bastante contemporáneo al nuestro y con un tamaño muestral bastante cercano al nuestro aun cuando resulta empleando un diseño descriptivo llega a expresar

la tendencia de asociación entre la gestación en adolescentes .y el control prenatal inadecuado .

La Tabla y Gráfico 2 , muestran que la frecuencia de Enfermedad hipertensiva del embarazo en el grupo <20 años fue de 18% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 8%. En este caso vemos que la condición gestante adolescente genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2.25) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.12; 3.82) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$). Por tanto se concluye que la Enfermedad hipertensiva del embarazo es una condición asociada a embarazo adolescente .

Según Llerena en el 2010 ,el parto fue a término en 86,75% de casos. La complicación más frecuente la preeclampsia en 12,05% de casos. (27)

En relación a este estudio de referencia podemos observar que la población sobre la que se desarrolla ,la enfermedad hipertensiva del embarazo tiene un sentido coincidente con lo reportados en nuestra investigación aunque de manera más contundente debido al diseño empleado en nuestro caso.

Otro estudio echo por **Salas** en el 2003 en Arequipa, desarrolló un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo relacionado al embarazo en adolescentes luego de lo cual se aplicó una formula muestral para determinar el tamaño requerido de la muestra que fue de 98 historias clínicas, observando que la frecuencia de gestantes adolescentes en el año 2002 fue

16.3 % y la frecuencia de gestantes adolescentes en el año 2003 fue 16.9%; entre las complicaciones que se presentaron en las adolescentes gestantes por grupo de edad tenemos: de 10 a 14 años preeclampsia grave; de 15 a 17 años preeclampsia moderada, preeclampsia grave y embarazo ectópico y de 18 a 19 años preeclampsia moderada, preeclampsia grave; embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta.(28)

En este caso el estudio hace referencia a una población común a la nuestra si bien corresponde a más de una década de antigüedad considera un tamaño muestral acorde al empleado por nosotros y en cuanto al diseño corresponde a una descripción en una serie de casos en donde no existió un grupo comparativo pero aun de esta manera se describe la tendencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo en este grupo específico de gestantes en donde se la puede visualizar como la complicación más frecuente y en este sentido esto puede corresponder a una coincidencia salvando las distancias metodológicas, en relación a lo identificado en nuestra investigación.

La Tabla y Gráfico 3 , muestran que la frecuencia de Infección de vías urinarias en el grupo <20 años fue de 14% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 6%. En este caso vemos que la condición gestante adolescente genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2.33) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.08; 3.44) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$). Por tanto se concluye que la Infección de vías urinarias es una condición asociada a embarazo adolescente .

En la **Tabla y Gráfico 4**, La frecuencia de anemia en el grupo <20 años fue de 11% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%. En este caso vemos que la condición gestante adolescente genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2.75) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.18; 4.46) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

Por tanto se concluye que la anemia es una condición asociada a embarazo adolescente .

La **Tabla y Gráfico 5** , muestran que la frecuencia de cesárea en el grupo <20 años fue de 20% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 10%. En este caso vemos que la condición gestante adolescente genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.22; 3.86) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

Hacemos referencia a la información proporcionada por José en **Lima** en el 2006 el cual tuvo como objetivo analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes en un total de 443 partos con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas con 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años; la tasa de cesárea fue 41,5%; hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos; la

frecuencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años.(29)

En este caso el estudio se desarrolló en una población aún muy vinculada a la nuestra por mantenerse dentro del contexto nacional con una antigüedad de aproximadamente 5 años y con un tamaño muestral algo superior al nuestro nos encontramos nuevamente ante un diseño descriptivo en el cual observamos en particular la presencia importante de cesárea en este grupo de gestantes adolescentes lo que de algún modo se identifica con la asociación observada en nuestra serie en relación a estas mismas variables aun cuando los diseños no son absolutamente comparables.

La Tabla y Gráfico 6, muestran que la frecuencia de desgarro perineal en el grupo <20 años fue de 8% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%. En este caso vemos que la condición gestante adolescente genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2) ,sin embargo no genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 0.78; 3.24) .Por lo tanto se concluye que no es un riesgo asociado a embarazo adolescente , según nuestro estudio

La Tabla y Gráfico 7, muestran que la frecuencia de hemorragia postparto en el grupo <20 años fue de 10% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 5%. En este caso vemos que la condición gestante en edad tardía genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2) ,sin embargo no genera

un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 0.84; 3.46) .Por lo tanto se concluye que no es un riesgo asociado a embarazo adolescente , según nuestro estudio

La Tabla y Gráfico 8 , muestran que la frecuencia de control prenatal < 5 en el grupo ≥ 35 años fue de 36% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 22%. En este caso vemos que la condición gestante tardía genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 1,63) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.12; 2.64) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

La Tabla y Gráfico 9 , muestran que la frecuencia de Enfermedad hipertensiva del embarazo en el grupo ≥ 35 años fue de 22% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 8%. En este caso vemos que la condición gestante tardía genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2,75) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.84; 5.24) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

La Tabla y Gráfico 10 , muestran que la frecuencia de Infección de vías urinarias en el grupo ≥ 35 años fue de 16% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 6%. En este caso vemos que la condición gestante tardía genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2,66) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.44; 5.06) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

La Tabla y Gráfico 11, muestran que la frecuencia de anemia en el grupo ≥ 35 años fue de 8% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%. Aquí podemos ver que la condición gestante añosa genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2) ,sin embargo no genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 0.78; 3.24) .Por lo tanto se concluye que no es un riesgo asociado a embarazo adolescente , según nuestro estudio

La Tabla y Gráfico 12 , muestran que la frecuencia de cesárea en el grupo ≥ 35 años fue de 22% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 10%. En este caso vemos que la condición gestante añosa genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2,2) , así mismo genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.26; 3.98) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

La Tabla y Gráfico 13 , muestran que la frecuencia de desgarro perineal en el grupo mayor o igual a 35 años fue de 6% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 4%. Aquí podemos ver que la condición gestante añosa genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 1.5) ,sin embargo no genera un riesgo poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 0.58; 1.96) .Por lo tanto se concluye que no hay riesgo asociado según nuestro estudio

La Tabla y Gráfico 14 , muestran que la frecuencia de hemorragia postparto en el grupo ≥ 35 años fue de 13% mientras que en el grupo entre 20 a 34 años fue de 5%. En este caso vemos que la condición gestante añosa genera un riesgo relativo mayor que la unidad (RR : 2,6) , así mismo genera un riesgo

poblacional (Intervalo de confianza al 95%: 1.32; 5.10) , y ambos riesgos resultan siendo significativos ($p < 0.05$).

Finalmente podemos mencionar las tendencias señaladas por **Schuller** en Venezuela en el 2003 a través de un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo en 436 pacientes embarazadas; fueron distribuidas en dos grupos, el grupo "A" constituido por 212 embarazadas de 35 años o más y el grupo "B" conformado por 224 embarazadas menores de 35 años. En el grupo estudio hubo mayor porcentaje de complicaciones prenatales, destacándose la hipertensión.(30) . La cesárea tuvo una proporción del 45,29 %, siendo más frecuentes las de emergencia. El puerperio fue de evolución satisfactoria con un número menor de casos para el grupo estudio. Se concluye que a pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una mayor atención de las madres en el posparto, hacen que los índices de morbilidad perinatal no muestren diferencias significativas.

En este caso el estudio de referencia toma en cuenta una población sudamericana con la que existen características comunes en el sentido demográfico, geográfico y socioeconómico y también en lo que respecta a la realidad sanitaria aun cuando es un estudio que data de aproximadamente una década y toma en cuenta un tamaño muestral superior al nuestro destaca el hecho de tomar en cuenta 2 grupos y hacer efectivo un análisis comparativo de cuyos resultados se concluyen que tanto la hipertensión inducida por la

gestación como la vía de parto por cesárea son situaciones asociadas a este grupo etéreo específico de gestantes lo que es coincidente con lo obtenido en nuestra investigación.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES

Primera: El control prenatal inadecuado, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la infección de vías urinarias, la anemia gestacional y la cesarea son condiciones de riesgo asociadas a embarazo adolescentes ($p < 0.05$).

El desgarro perineal y la hemorragia postparto no son condiciones de riesgo asociadas a embarazo adolescentes ($p > 0.05$).

Segunda: : El control prenatal inadecuado, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la infección de vías urinarias, la cesarea y la hemorragia postparto son condiciones de riesgo asociadas a embarazo en mayores de 34 años ($p < 0.05$).

La anemia gestacional y el desgarro perineal no son condiciones de riesgo asociadas a embarazo en mayores de 34 años ($p > 0.05$).

SUGERENCIAS

1. Se recomienda al Hospital Goyeneche que las asociaciones encontradas debieran ser tomadas en cuenta en las mujeres en edad fértil y su presencia orientar la decisión de emprender estrategias de vigilancia estricta para identificar precozmente las complicaciones tomadas en cuenta en la presente investigación.
2. Intervenciones educativas como parte de estrategias de planificación familiar por parte del Ministerio de Salud debieran ser llevadas a cabo con la finalidad de conseguir que las mujeres en edad fértil tomen en cuenta la conveniencia de que sus gestaciones se desarrollen en el intervalo etéreo de 20 a 34 años.
3. Dada la importancia de confirmar las asociaciones descritas en la presente investigación en otras poblaciones de nuestra localidad; se recomienda a personal de salud a la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra, prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estos factores.

BIBLIOGRAFÍA

i. Bibliografía Básica

1. Hernández Cabrera J, García León L, Hernández Hernández D, Rendón García S, Dávila Albuerne B, Suárez Ojeda R. Resultados perinatales y maternos de las embarazadas en edad madura. Rev cuba obstet ginecol 2001
2. Salud de los adolescente – OMS 2013.
3. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA - Agosto/2001 -Prof. Dr. Juan R. Issler
4. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. Obstet Gynecol.
5. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2001 Agosto;107:11-23.
6. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 250.
7. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 5ta. ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2007. Disponible en: <http://www.amazon.com/Obstetrics-Pregnancies-Steven-G-Gabbe/dp/0443065721>
8. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No. 12. Washington: OPS
9. Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. Embarazo en la adolescencia. México: Nueva Síntesis; 2001.
10. Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. 2007;76(3):138-40.
11. Makinson C. The health consequences of teenage fertility. Fam Plann Perspect;17(3):1329.
12. Speidel J, Harper CC, Shields WC. The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. Contraception; 2008. Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/september-2008>
13. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina Agosto-2001; 107:11-23
14. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2005 [fecha de acceso 25 de enero de 2006]; 31(2):URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/qin/vol31_2_05/qin03205.htm

15. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García Benítez CQ, Priego PI, Gómez Arteaga C. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70(6):270-74.
16. Oleszczuk JJ, Keith LG, Oleszczuk AK. The paradox of old maternal age in multiple pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32:69—80.
17. Figarella M. Consideraciones generales y datos estadísticos sobre el embarazo y parto en la primigesta añosa. Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
18. García A. Primiparidad tardía en la "Maternidad Concepción Palacios". Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
19. Schwarcz-Sala-Duverges -6ta Edición . Control prenatal , pág 175
20. Rozman C. Sección 6. Nefropatía y Embarazo. 13ra ed. (CD-ROM). Medicina Interna Barcelona.
21. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]* 2005 [fecha de acceso 12 de diciembre de 2005]; 31(1):URL disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm
22. Álvarez, G. Echeverría, J. Garau, A. Lens,V. Infección Urinaria y embarazo. Diagnóstico y Terapéutica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* No155. Marzo 2006
23. CUNNINGHAM, GARY; "Williams Obstetricia" Ed. Panamericana, 21a edición. 2002, Argentina.
24. Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Kats M. Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 week? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002 11:50-3.
25. [www.minsa.gob.pe/portal /Hemorragiaposparto2005](http://www.minsa.gob.pe/portal/Hemorragiaposparto2005).
26. *Rev. chil. obstet. ginecol.* v.67 n.6 Santiago 2002
27. Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del hospital de apoyo camaná. Arequipa 2010 - Fernando William Llerena Cárdenas
28. Características del Embarazo y Parto en adolescentes en los Hospitales del Ministerio de Salud de Arequipa, en el período 2002-2003. María del Carmen Salas Butrón
29. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú, *Rev Per GinecolObstet.* 2006; 52(1):118 123. Claudia Urbina. José Pacheco
30. Estudio De Las Gestantes De Edad Avanzada En El hospital Universitario De Caracas . Alejandro SchullerW :Cátedra de Clínica Obstétrica . Facultad de Medicina UCV. Coordinador de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Universitario de Caracas



ANEXO Nº 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

II.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Adolescente (<20 años) Edad ideal (20-34 años) Añosa (≥35 años)

III.-DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Respuestas		SI	NO
Características del embarazo	Control prenatal		
	Complicaciones durante el embarazo	SI	NO
	Enfermedad hipertensiva del embarazo	SI	NO
	Infección del tracto urinario	SI	NO
	Anemia gestacional	SI	NO
Características del parto	Tipo de parto	Vaginal	Cesárea
	Complicaciones del parto	SI	NO
	Desgarro perineal	SI	NO
Características del puerperio	Complicaciones del puerperio	SI	NO
	Hemorragia postparto	SI	NO



Universidad Católica de Santa María
“FIDE SPLENDET ET SCIENTIA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Embarazo, parto y puerperio en mujeres con edad
materna en extremos de la vida reproductiva,
atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa,
2012”**

Autora:

GLEIDY NEDICK MALLMA VILCA

Trabajo de Investigación para optar el
Título Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú
2013**

I. PREÁMBULO

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre". Es por tanto, necesario conocer las características y/o complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las cuales nos permitirán identificar aquellas mujeres más vulnerables, y encaminar hacia ellas los recursos disponibles para priorizar su atención.

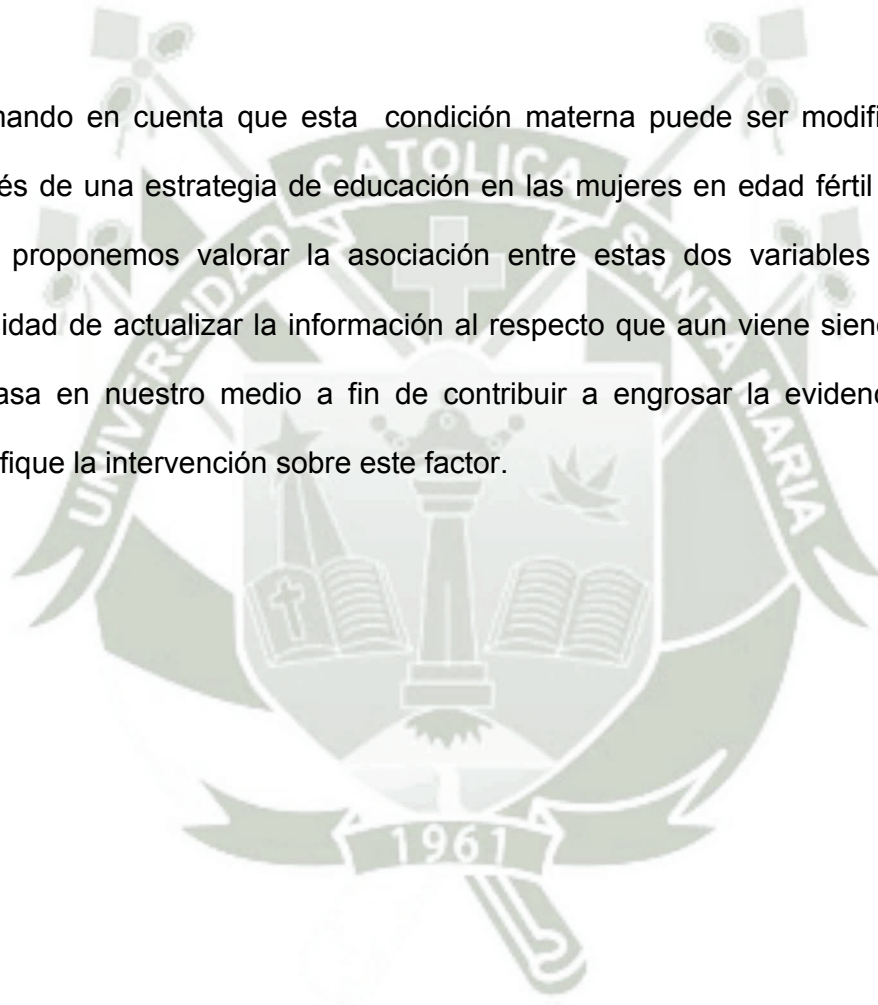
El embarazo, el parto y el puerperio son procesos naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y del feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 20 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida

La maternidad tardía se asocia generalmente a alteraciones preexistentes que inevitablemente se incrementa con la edad, las cuales en su mayoría se

identifican como grupo de riesgo. En este período de tiempo aparecen enfermedades como la prematuridad, hipertensión arterial crónica (HTA), malformaciones congénitas y alteraciones genéticas, entre otras, que afectan sensiblemente la morbilidad materno infantil, ya que estas mujeres cursan un embarazo donde se observa mayor frecuencia de afectaciones médicas obstétricas, favoreciendo las complicaciones en el parto .

Tomando en cuenta que esta condición materna puede ser modificada a través de una estrategia de educación en las mujeres en edad fértil es que nos proponemos valorar la asociación entre estas dos variables con la finalidad de actualizar la información al respecto que aun viene siendo muy escasa en nuestro medio a fin de contribuir a engrosar la evidencia que justifique la intervención sobre este factor.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cómo es el embarazo, parto y puerperio en mujeres con edad materna en extremos de la vida reproductiva, atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Obstetricia
- Línea: Control del embarazo parto y puerperio en adolescente y mujer añosa

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Naturaleza/ Escala
Variable independiente			
Edad materna	< 20 años	Gestante adolescente	Categórica
	20-34 años	Gestante edad reproductiva adecuada	Ordinal
	≥35 años	Gestante Añosa	
Variable dependiente			
Características y complicaciones del embarazo			
Control prenatal	≥ 5 CPN	Si	Categórica
	< 5 CPN	No	Ordinal
Diagnóstico de Enfermedad hipertensiva del embarazo	Presión Arterial ≥140 /90mmhg Proteinuria ≥300 mg/día	Hipertensión gestacional Preeclampsia leve Preeclampsia severa Eclampsia Hipertensión crónica Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada	Categórica Ordinal
Infección del tracto urinario	Según Historia	Si	Categórica
	Clínica	No	Nominal

Anemia Gestacional	Leve: 12.0-10.1 g% Moderada: 10.0-8.1 g% Severa <8.1 g%	Si No	Categórica Nominal
Características y complicaciones del Parto			
Tipo de Parto	Según Historia Clínica	Vaginal Cesárea	Categórica Nominal
Desgarro perineal	Según Historia Clínica	Si NO	Categórica Nominal
Complicaciones del Puerperio			
Hemorragia por atonía uterina	Según Historia Clínica	Si NO	Categórica Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cómo es el embarazo, parto y puerperio en mujeres adolescentes, atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa?
2. ¿Cómo es el embarazo, parto y puerperio en mujeres entre 20-34 años atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa?

3. ¿Cómo es el embarazo, parto y puerperio en gestantes tardías (≥ 35 años) atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa?

d) Tipo de investigación: Se trata de un estudio documental.

e) Nivel de investigación:

Se trata de un estudio relacional ya que se relacionará la edad reproductiva con las características, complicaciones del embarazo, parto y puerperio en el Hospital Goyeneche III de Arequipa

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca demostrar la relación entre la edad materna en extremos de la vida reproductiva con las diferentes características y complicaciones tanto el embarazo, parto y puerperio en mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa. No se ha explorado específicamente la influencia de la edad materna en el proceso embarazo, parto y puerperio en el Hospital Goyeneche III, por lo que el estudio reviste **originalidad**.

Tiene **relevancia práctica** ya que la identificación de una incidencia diferente en los grupos de edad señalados permitirá diseñar estrategias de prevención dirigidos a disminuir los riesgos para la población obstétrica.

Tiene **relevancia social**, ya que puede tener impacto en el desarrollo de las poblaciones futuras , promocionando en las Áreas de salud las consultas de Planificación Familiar y Riesgo Preconcepcional, logrando la elevación de la calidad de las mismas, así como la participación de adolescentes y mujeres mayores de 35 años.

El estudio es **contemporáneo** ya que el incremento de los tratamientos de soporte obstétrico permite prevenir complicaciones durante el desarrollo de su embarazo.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño retrospectivo en el que se cuenta con historias clínicas adecuadas de la atención de población obstétrica en un servicio especializado.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la obstetricia, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

EDAD BIOLÓGICA COMO RIESGO OBSTÉTRICO

2.1 CONCEPTO

La edad materna variable de exposición de riesgo, se ha hecho indispensable para los investigadores desde hace décadas y por lo general han estudiado a la adolescente (hasta 19 años) comparándolas con las de edad madura (de 35 en adelante) son agrupadas ambas en las edades extremas de la vida reproductiva.

La adolescente en su aparato genital posee características propias como por ejemplo, lo que se refiere a la fibra muscular que en lugar de ser espiroidal es elíptica, favorecen el trauma del parto, el parto instrumentado, la distocia céfalo-pélvica, las hemorragias ante-parto y puerperales .

Mientras que en las mujeres con más de 35 años existe un deterioro de la función miometral lo cual trae consigo que se vea comprometida la implantación, transporte de sustancias al feto, favoreciendo múltiples complicaciones(1)

Se plantea que el organismo materno por su poco desarrollo como ya se ha dicho en las adolescentes y el deterioro de la mujer madura , son considerados de alto riesgo obstétrico .

2.1.1- ADOLESCENCIA:

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.(2)

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. (3)

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual(3)

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores ,presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (3)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se

comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.

2.1.1.2.- Embarazo en la adolescencia:

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (4)

La edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.(5)

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por

factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes ,parto distócico, hemorragias ,problemas en el neonato, alteraciones psicosociales y crisis familiares(6,7)

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados(8,9)

Según la organización Savethe Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. (10)

En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.(11)

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.(12)

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales(13).

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-puerperio(14-15). Dentro de las complicaciones se pueden citar las siguientes:

- a. Del embarazo: anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomática), estados hipertensivos gestacionales.
- b. Del parto: trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros del canal blando del parto .
- c. Del puerperio: endometritis, anemia, infección de la herida operatoria, mastitis, entre otras.

2.1.2.- EMBARAZO EN MUJERES DE MÁS DE 35 AÑOS DE EDAD:

Tradicionalmente el embarazo en gestantes tardías se ha definido como aquella que ocurre con una edad materna igual o superior a 35 años (FIGO 1958). La reciente modificación del patrón reproductivo consecuencia de los

cambios culturales, sociales y económicos acontecidos en nuestra sociedad durante el último tercio del siglo xx ha contribuido a que últimamente algunos estudios establezcan los 40 años incluso los 45 años como punto de corte para diferenciar entre embarazadas jóvenes y tardías.

Es por ello que en la actualidad en la literatura científica no existe consenso sobre la definición de edad materna avanzada(16)

El embarazo en las mujeres de edad avanzada ha tenido siempre a través de los tiempos una gran repercusión tanto en la opinión pública en general, como en el gremio médico en particular. Para los primeros por su curiosidad y temor porque "la mujer está muy madura para la procreación", mientras que para los segundos por el interés que representa esta situación en la mujer de edad avanzada al conllevar a todo un cúmulo de riesgos tanto para la madre como para su producto.

Nuestro país en vías de desarrollo presenta en la actualidad un incremento en la incidencia de mujeres gestantes de edad avanzada, situación generalizada en los países más desarrollados debido al deseo del mejoramiento de la mujer en edad madura, por la competitividad profesional y laboral a la cual está sometida. Esto hace que la búsqueda de un hijo, en muchos casos el primero, esté diferida hasta edades mayores de los 35 años.

Dentro de los distintos sistemas de definición del riesgo obstétrico, cuantificado a través de una puntuación ,están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con afecciones propias de estas edades, con una evolución del embarazo más comprometida, mayor

índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorable; derivados de los cambios que la biología impone a la madre de edades extremas(17-18)

2.1.2.1.- Riesgos del embarazo en la gestante tardía

Como el embarazo presenta exigencias adicionales del cuerpo de una mujer, hay un riesgo más alto de complicaciones durante el embarazo para las mujeres de mayor edad.

Aumento del riesgo de anomalías genéticas: A medida que las mujeres envejecen, sus óvulos no se dividen bien y pueden ocurrir problemas genéticos. El trastorno genético más común es el síndrome de Down. Éste es causado por la presencia de un cromosoma adicional que provoca retardo mental y defectos en el corazón y otros órganos. Aunque todavía el riesgo es relativamente bajo, éste se incrementa de forma significativa si la madre tiene 35 años o más.

Pérdida del embarazo: Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de aborto que las mujeres más jóvenes. Para una mujer mayor de 40 años, el riesgo se duplica en comparación con una mujer de 20 años o iniciando los 30. La mayoría de las veces, estos abortos son producto de anomalías genéticas, las cuales son más comunes en mujeres mayores de 35 años.

Preeclampsia: El riesgo de preeclampsia y eclampsia es mayor en las mujeres que tienen su primer bebé a una edad avanzada. Las razones para esto no son muy claras. En algunos casos, esto ocurre cuando padecen de presión arterial alta o diabetes antes de quedar embarazadas. La

preeclampsia es una complicación grave que puede aparecer durante el embarazo.

Problemas en el parto: El riesgo de tener problemas en el parto aumenta para las mujeres mayores de 35 años y aún más para las mujeres mayores de 40 años que están dando a luz a su primer bebé. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores tienen más probabilidades de prolongar la segunda etapa del parto y de sufrimiento fetal. Esto incrementa la probabilidad de tener un parto vaginal asistido con fórceps o ventosa obstétrica o de una cesárea.

Partos múltiples: Con un embarazo tardío, aumenta la incidencia de dar a luz gemelos o trillizos, incluso sin utilizar medicamentos para la infertilidad. Los embarazos múltiples son considerados de alto riesgo.

2.2 CUIDADO PRECONCEPCIONAL

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia.

Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados.

Control Prenatal

Se entiende por control prenatal a serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

El control prenatal debe ser :

Precoz: Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.

Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas , cuyo número varía según el tipo y la gravedad del problema. Muchos países de América Latina redujeron en sus normas el número de controles y adoptaron la propuesta de aplicar contenidos estrictamente orientados a objetivos preventivos repartidos en 5 controles propuestos por el CLAP-OPS/OMS en 1988 (Schwarcz et al) (19). Esta propuesta de 5 controles prenatales , fue respaldada posteriormente por los resultados de un estudio clínico multicéntrico controlado coordinado por el Departamento de Salud reproductiva de la OMS.

En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

Es importante recordar que este número de visitas puede aumentar de acuerdo a los contenidos , especialmente educativos , que se pretende dar y a los recursos humanos y financieros disponibles para realizarlas.

Completo: Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

Amplia cobertura: En la medida en que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbi-mortalidad perinatal.

2.3 -COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo (EHE)

Bajo el término de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, se engloban una extensa variedad de procesos que tienen en común la hipertensión arterial durante la gestación. El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg; si la paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o aparece antes de las 20 semanas de gestación se considera hipertensión crónica (20)

Las pacientes con hipertensión crónica pueden complicarse con preeclampsia, lo cual se manifiesta con descompensación de las cifras tensionales y aparición o incremento de proteinuria.

En pacientes que en la semana 20 o más de gestación o en las primeras seis semanas posparto tienen elevación de la tensión arterial ($\geq 140/90$ mm Hg) sin proteinuria, el diagnóstico es hipertensión gestacional y ante proteinuria, preeclampsia. El incremento ponderal o edema en la paciente embarazada ya no se considera criterio diagnóstico de preeclampsia.

Se considera proteinuria a 0.3 g o más en una colección de orina de 24 horas (generalmente corresponde a + o más en una determinación semicuantitativa de tira reactiva) (20)

Es bien conocido que la EHE se presenta con mayor frecuencia en los extremos de la vida. Recientemente fue publicado (21) que constituye la principal enfermedad propia de la gestación sobretodo en los embarazos adolescentes ocurridos a menor edad, porque en los embarazos que ocurrieron a mayor edad ocupó el segundo lugar. La preeclampsia es más frecuente en el embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que se reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas; en el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se involucra una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas.

La infección del tracto urinario (ITU)

Constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo , en sus diferentes formas , con una incidencia aproximada de 5% a un 10%

- Bacteriuria Asintomática : Se define como la colonización bacteriana significativa del tracto urinario inferior sin presentar síntomas. El diagnóstico suele realizarse con la presencia de 100,000 unidades formadoras de colonias de un mismo germen en un cultivo de orina recogido en la mitad de la micción. Ante la presencia de dos o más bacterias en el cultivo se debe considerar la posibilidad de contaminación de la muestra ó infecciones intrahospitalarias (22)

- Cistitis : cuadro clínico caracterizado por disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, piuria y en ocasiones hematuria. Este cuadro no presenta fiebre ni dolor lumbar lo que nos ayuda a diferenciarlo de una infección urinaria alta. Su diagnóstico incluye un urocultivo positivo asociado a sintomatología
- Pielonefritis : Es la complicación médica grave más frecuente durante la gestación

Anemia Gestacional

El embarazo inicia cambios fisiológicos que frecuentemente confunden el diagnóstico de varios trastornos hematológicos y la evaluación de su tratamiento. Esto sucede particularmente con la anemia.(23)

La anemia es la complicación hematológica más frecuente en el embarazo y se asocia con una alta tasa de parto prematuro, bajo peso al nacer y una alta mortalidad perinatal(23)

Según la OMS la anemia en mujeres gestantes se define como una hemoglobina inferior a 11g% (24). Sin embargo, de acuerdo a la ubicación geográfica de Arequipa el MINSA define como anemia a una hemoglobina por debajo de 12.1 g%

Clasificación de anemia:

- Leve: 12.0-10.1 g%
- Moderada: 10.0-8.1 g%
- Severa <8.1 g%

**ANEMIA SE DEFINE SEGÚN LOS SIGUIENTES VALORES DE HEMOGLOBINA
Y HEMATOCRITO:**

Altitud (metros)	Incremento de hemoglobina y hematocrito según altitud		Valor de hemoglobina y hematocrito para considerar anemia	
	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)
Menos de 1000	0	0	11	33.0
1000	0.2	0.5	11.2	33.5
1500	0.5	1.5	11.5	34.5
2000	0.8	2.5	11.8	35.5
2500	1.3	4.0	12.3	37.0
3000	1.9	6.0	12.9	39.0
3500	2.7	8.5	13.7	41.5
4000	3.5	11.0	14.5	44.0
4500	4.5	14.0	15.5	47.0

Adaptado de: Anemia durante el Embarazo, Ministerio de Salud, Noviembre 1995. (Fuentes: OMS Informe Técnico 316, 1968 y CDC Criteria for anaemia in children and childbearing age women. MMWR, 38:400-404 - 1989)

2.4 COMPLICACIONES DEL PARTO

Desgarro perineal

Los desgarros vulvoperineales constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.

En las primíparas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o esta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal y rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (Malnutrición materna) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas y en variedades occipitosacras.

Se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir con relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y cesáreas. Además de la desproporción céfalo pélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados:

1er grado: Compromete solo la piel y los tejidos superficiales.

2do grado: Además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos de periné.

3er grado: Se extiende de los músculos perineales al esfínter del ano.

4to grado: Las estructuras anteriores más la mucosa rectal.

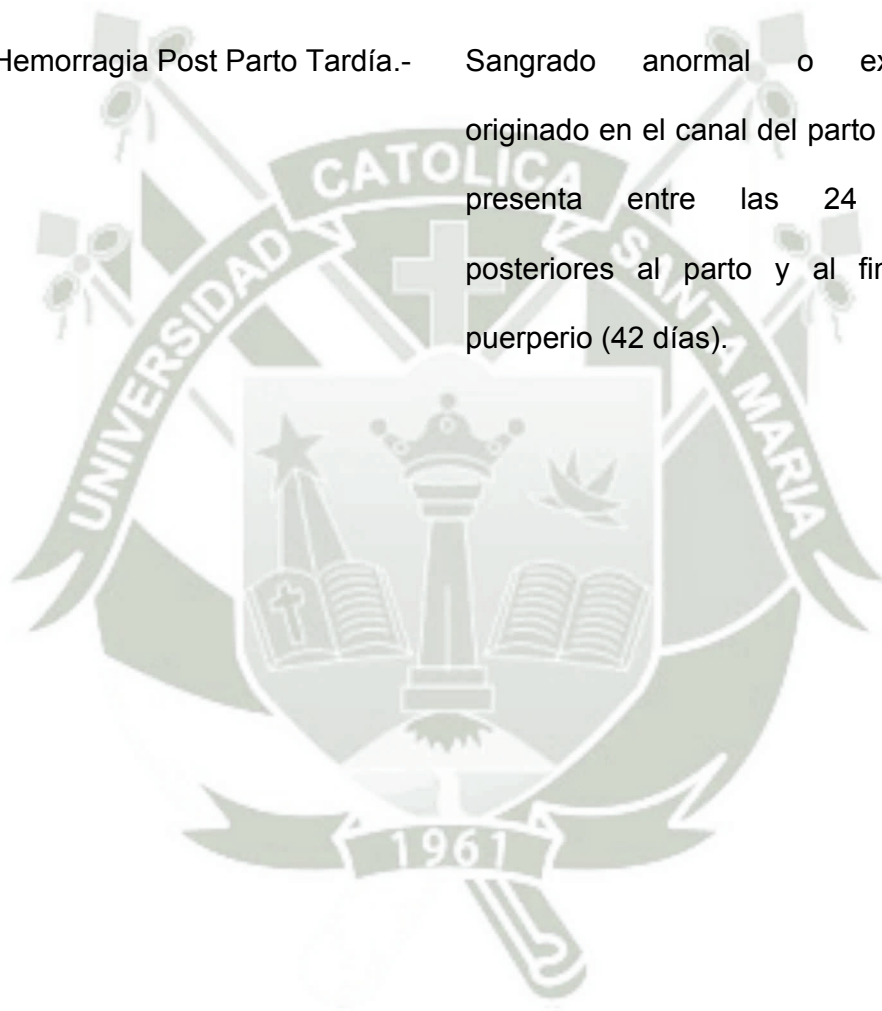
2.5 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

Hemorragia Postparto Se define la hemorragia post parto como la pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.(25)

La hemorragia post parto se clasifica en:

Hemorragia Post Parto Inmediata.- Perdida sanguínea de 500ml o más originada en el canal de parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.

Hemorragia Post Parto Tardía.- Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (42 días).



3 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 Autor: Fernando William Llerena Cárdenas

Título: Características Sociodemográficas Y Culturales Relacionadas Al Embarazo En Adolescentes Consultantes Del Hospital De Apoyo Camaná-Arequipa 2010

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María - 2010

Resumen: Es un estudio que describe las características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná , Arequipa . De los cuales 979 embarazos atendidos en el 2010 , 166 fueron en adolescentes . El 79,52 % de embarazos se dieron entre los 17 y 19 años (adolescencia tardía) , 48% gestantes entre 14 y 16 años (adolescencia media) .La edad promedio de embarazo en adolescentes es de 17,61% años. El 65,06% fueron convivientes , 16,87% casadas y 18,07% solteras. El nivel de instrucción predominante fue de primaria (53,01%) con 7,23% de adolescentes analfabetas . La procedencia fue en 72,29% de zona urbana ;el 49,40% de gestantes se dedica a las labores del hogar y 37,35% son estudiantes .El 19,28% de gestantes eran multíparas , y 31,33% habían presentado un aborto .El 22,89% no tubo controles prenatales antes de su

atención . El parto fué a término en 86, 75% de casos. La complicación más frecuente la preeclampsia en 12,05% de casos.

3.2 **Autor:** María del Carmen Salas Butrón

Título: Características del Embarazo y Parto en adolescentes en los Hospitales del Ministerio de Salud de Arequipa, en el período 2002-2003

Resumen: Para llevar a cabo este estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, se analizaron los datos del Servicio de Estadística de la Dirección de Salud de Arequipa entre Enero del 2002 a Diciembre del 2003 referidos al embarazo en adolescentes luego de lo cual se aplicó una fórmula muestral para determinar el tamaño requerido de la muestra que fue de 98 historias clínicas seleccionadas en forma aleatoria no probabilística del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. El presente trabajo tiene como objetivos determinar las características de la adolescente gestante y las características del parto de la adolescente en la Región de Arequipa. Como resultado tenemos que la frecuencia de gestantes adolescentes en el año 2002 fue 16.3 % y la frecuencia de gestantes adolescentes en el año 2003 fue 16.9%.

Entre las complicaciones que se presentan en las adolescentes gestantes por grupo de edad tenemos: de 10 a 14 años Preeclampsia grave; de 15 a 17 años Preeclampsia moderada, Preeclampsia grave y embarazo ectópico y de 18 a 19 años Preeclampsia moderada, Preeclampsia grave; embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta.

A nivel nacional

3.3 Autor: Claudia Urbina, José Pacheco

Título: Embarazo en adolescentes

Fuente: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú, Rev Per GinecolObstet. 2006; 52(1):118-123.

Resumen: El cual tuvo como objetivo analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes, que tuvo como diseño un estudio retrospectivo, descriptivo, como lugar el Hospital Nacional Rebagliati Martins, EsSalud, hospital docente, se utilizaron como análisis todos los partos en adolescentes atendidos durante el período enero 2000 a diciembre 2004, como resultado hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas con 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el 29,5% al menos tuvo un aborto; el parto pretérmino ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%; 84,4% de los recién nacidos pesó entre 2 500 y 3 999 g y 12% menos de 2500 g, finalmente tiene como conclusiones: Hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo. El parto vía vaginal fue más frecuente en la adolescente, pero la frecuencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años.

A nivel internacional

3.4 Autor: Alejandro SchullerW :Cátedra de Clínica Obstétrica . Facultad de Medicina UCV. Coordinador de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Universitario de Caracas.

Título: Estudio De Las Gestantes De Edad Avanzada En El hospital Universitario De Caracas

Resumen: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo en 436 pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, durante el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2003. Fueron distribuidas en dos grupos, el grupo "A" constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, atendidas en la consulta de alto riesgo obstétrico y el grupo "B" conformado por 224 embarazadas menores de 35 años atendidas en la consulta prenatal de bajo riesgo. Los objetivos del estudio fueron determinar si es cierto que la edad materna avanzada es un factor de alto riesgo y determinar si el control prenatal, el control del parto y el puerperio hecho en la gestante de edad avanzada disminuye el grado de riesgo materno – fetal haciendo que su pronóstico sea similar al de las gestantes de menor edad con menos riesgo. En el grupo estudio hubo mayor porcentaje de complicaciones prenatales, destacándose la hipertensión. La cesárea tuvo una proporción del 45,29 %, siendo más frecuentes las de emergencia. Las cifras de amenaza de parto pretérmino fueron semejantes en ambos grupos. El puerperio fue de evolución satisfactoria con un número menor de casos para el grupo estudio. No hubo muertes maternas en ambos grupos. El peso de los recién nacidos

fue adecuado muestra en ambos grupos con un porcentaje mayor de recién nacidos macrosómicos en el grupo estudio. La evolución neonatal tuvo un porcentaje mayor de casos no satisfactorios en las gestantes de edad avanzada. Se concluye que a pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una conducta más intervencionista en la resolución de los casos y a una mayor atención de las madres en el posparto, así como de sus hijos en forma inmediata, hacen que los índices de morbilidad perinatal no muestren diferencias significativas con respecto al grupo control catalogado como de bajo riesgo.

3.5 Autor: Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B

Título: Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo De Resultados Obstétricos Y Perinatales Con Pacientes Embarazadas Adultas

Fuente: Departamento y Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Salvador, Universidad de Chile .Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.6 Santiago 2002

Resumen: Es un estudio retrospectivo y comparativo, obtenido en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio. Se analizan diversas variables, y se hace una completa revisión del tema en base a la literatura nacional y extranjera

4 -OBJETIVOS.

4.1 General

Establecer si la edad materna en extremos de la vida reproductiva determina diferentes características – complicaciones del embarazo, parto y puerperio en el Hospital Goyeneche III de Arequipa 2012

4.2 Específicos

- Determinar las características del embarazo, parto y puerperio en mujeres adolescentes, atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa
- Determinar las características del embarazo, parto y puerperio en mujeres gestantes tardías, (≥ 35 años) atendidas en el Hospital Goyeneche III de Arequipa

5 Hipótesis

Dado que la edad materna en extremos de la edad reproductiva puede acompañarse de la presencia de complicaciones en la mujer a medida que aumenta la edad, es probable que la edad materna en extremos de la vida reproductiva tenga relación con diferentes características tanto el embarazo como el parto y puerperio.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Revisión documentaria de historias clínicas .

Instrumentos: ficha de recolección de datos para historias clínicas de obstetricia

Materiales:

- Ficha de recolección de datos
- Laptop
- Cd de software estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1.Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa.

2.2.Ubicación temporal: Comprende la revisión de historias clínicas en el periodo enero a diciembre 2012.

2.3.Unidades de estudio: Historias clínicas de gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa.

2.4.Población: Totalidad de historias clínicas de gestantes con parto atendido en el Servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche III de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se realizó el cálculo de tamaño muestral utilizando la fórmula para comparar proporciones, tomando de base el estudio de Diaz Angélica et al. (26)

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)}$$

Donde:

- $\alpha = 0.05$
- $\beta = 0.2$
- $p_1 = 81\%$
- $p_2 = 63\%$
- $N =$ tamaño de muestra calculado 97 pacientes por grupo

Se separarán a las gestantes en tres grupos:

Controles:

Mujeres con edad reproductiva ideal (20 a 34 años) $n=100$

Casos:

Grupos A.- madres gestantes adolescentes [< 20 años] $n=100$

Grupo B.- Madres gestantes tardías [35 a más años]. $n=100$

Se realizará muestreo aleatorio sistemático.

Criterios de selección:

- Criterios de Inclusión

- Gestantes con parto atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche
- Gestantes con embarazo único
- Historias clínicas completas

Criterios de Exclusión

- Gestantes con historias clínicas incompletas
- Gestantes con enfermedades crónicas sin relación con el embarazo.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Para levantar datos se requiere la autorización del Hospital para revisión de historias clínicas, por lo que se presentará carta de autorización a la Dirección del Hospital Goyeneche

Las historias que cumplan con los criterios de inclusión serán estudiadas de acuerdo a la ficha de recolección de datos, posteriormente ésta información será vaciada en una matriz de datos para ser analizada por software estadístico de acuerdo a objetivos planteados.

3.2. Recursos

b) Humanos

- Investigadora, asesor.

c) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

d) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de información de historia clínica.

3.4 Procesamiento y Análisis de Datos

a) **Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) **Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

La matriz será diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contengan indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 13				Febrero 13				Marzo 13			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución							■	■				
5. Análisis e interpretación									■			
6. Informe final										■		

Fecha de inicio: 01 de Enero 2013

Fecha probable de término: 10 de marzo 2013

Bibliografía Básica

1. Hernández Cabrera J, García León L, Hernández Hernández D, Rendón García S, Dávila Albuerne B, Suárez Ojeda R. Resultados perinatales y maternos de las embarazadas en edad madura. Rev cuba obstet ginecol 2001
2. Salud de los adolescente – OMS 2013.
3. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA - Agosto/2001 -Prof. Dr. Juan R. Issler
4. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. Obstet Gynecol.
5. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2001 Agosto;107:11-23.
6. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 250.
7. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 5ta. ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2007. Disponible en: <http://www.amazon.com/Obstetrics-Pregnancies-Steven-G-Gabbe/dp/0443065721>
8. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No. 12. Washington: OPS
9. Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. Embarazo en la adolescencia. México: Nueva Síntesis; 2001.
10. Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. 2007;76(3):138-40.
11. Makinson C. The health consequences of teenage fertility. Fam Plann Perspect;17(3):1329.
12. Speidel J, Harper CC, Shields WC. The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. Contraception; 2008. Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/september-2008>
13. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina Agosto-2001; 107:11-23
14. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2005 [fecha de acceso 25 de enero de 2006]; 31(2):URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/gin03205.htm

15. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García Benítez CQ, Priego PI, Gómez Arteaga C. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70(6):270-74.
16. Oleszczuk JJ, Keith LG, Oleszczuk AK. The paradox of old maternal age in multiple pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32:69—80.
17. Figarella M. Consideraciones generales y datos estadísticos sobre el embarazo y parto en la primigesta añosa. Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
18. García A. Primiparidad tardía en la "Maternidad Concepción Palacios". Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
19. Schwarcz-Sala-Duverges -6ta Edición . Control prenatal , pág 175
20. Rozman C. Sección 6. Nefropatía y Embarazo. 13ra ed. (CD-ROM). Medicina Interna Barcelona.
21. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]* 2005 [fecha de acceso 12 de diciembre de 2005]; 31(1):URL disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm
22. Álvarez, G. Echeverría, J. Garau, A. Lens, V. Infección Urinaria y embarazo. Diagnóstico y Terapéutica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* No155. Marzo 2006
23. CUNNINGHAM, GARY; "Williams Obstetricia" Ed. Panamericana, 21a edición. 2002, Argentina.
24. Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Kats M, Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 week? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002 11:50-3.
25. [www.minsa.gob.pe/portal /Hemorragiaposparto2005](http://www.minsa.gob.pe/portal/Hemorragiaposparto2005).
26. *Rev. chil. obstet. ginecol.* v.67 n.6 Santiago 2002
27. Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del hospital de apoyo camaná. Arequipa 2010 - Fernando William Llerena Cárdenas
28. Características del Embarazo y Parto en adolescentes en los Hospitales del Ministerio de Salud de Arequipa, en el período 2002-2003. María del Carmen Salas Butrón
29. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú, *Rev Per GinecolObstet.* 2006; 52(1):118 123. Claudia Urbina. José Pacheco
30. Estudio De Las Gestantes De Edad Avanzada En El hospital Universitario De Caracas . Alejandro SchullerW :Cátedra de Clínica Obstétrica . Facultad de Medicina UCV. Coordinador de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Universitario de Caracas

ANEXO Nº 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

II.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Adolescente (<20 años) Edad ideal (20-34 años) Añosa (≥35 años)

III.-DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Respuestas		SI	NO
Características del embarazo	Control prenatal		
	Complicaciones durante el embarazo	SI	NO
	Enfermedad hipertensiva del embarazo	SI	NO
	Infección del tracto urinario	SI	NO
	Anemia gestacional	SI	NO
Características del parto	Tipo de parto	Vaginal	Cesárea
	Complicaciones del parto	SI	NO
	Desgarro perineal	SI	NO
Características del puerperio	Complicaciones del puerperio	SI	NO
	Hemorragia postparto	SI	NO