



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE POSGRADOS

POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Tesis previa a la obtención del

Título de especialista en Ginecología y Obstetricia

**COMPLICACIONES GESTACIONALES Y PERINATALES ASOCIADOS A LA
EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA FERTIL**

Autora: Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto

Director: Dr. Luis Fernando Moreno Montes

Asesor: Dr. Carlos Eduardo Arévalo Peláez

Cuenca – Ecuador

2016



RESUMEN

Introducción: El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, sin embargo en la adolescencia y a edades avanzadas conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud pública.

Metodología: se realizó un estudio observacional analítico transversal con una muestra de 729 maternas que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. Se evaluaron las complicaciones obstétricas durante la gestación, el trabajo de parto y las del recién nacido. Para determinar la asociación se utilizó el odds ratio con su intervalo de confianza, se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0,05$.

Resultados: De acuerdo a la edad, 251 (34,3%) pacientes tuvieron edades menores a 20 años, 181 (24,8%) pacientes tuvieron edades mayores a 34 años y 297 (40,7%) pacientes tuvieron edades entre los 20 y 34 años. Se determinó una asociación estadísticamente significativa entre las adolescentes y la hipertensión gestacional, preeclampsia, parto prematuro, anemia, compromiso del bienestar fetal, vía de terminación del parto y complicaciones durante el trabajo de parto. En las mujeres de edad avanzada hubo asociación con la hipertensión gestacional, rotura prematura de membranas, distrés respiratorio e ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Conclusiones: La edad en los extremos de la vida fértil de la mujer es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas, gestacionales y del recién nacido.

Palabras claves: EDAD, COMPLICACIONES, EMBARAZO, FACTORES DE RIESGO, RECIEN NACIDO.



ABSTRACT

Introduction: The pregnancy at any age is a very important fact biopsychosocial, however in adolescence and at advanced ages leads to a series of situations that can undermine the health of the mother and the life of the son, and become a public health problem.

Methodology: an observational study was conducted with a analytical cross-sectional sample of 729 maternal that came to the Hospital Vicente Poultry Moscoso of the city of Cuenca. We evaluated the obstetric complications during pregnancy, labor and the newborn. To determine the association used the odds ratio with its confidence interval is considered to be statistically significant values of $p < 0.05$.

Results: according to the age, 251 (34.3 %) patients had ages less than 20 years, 181 (24.8 %) patients had ages over 34 years and 297 (40.7 %) patients had between the ages of 20 and 34 years. It was found a statistically significant association between adolescent girls and the pregnancy-induced hypertension, preeclampsia, premature birth, anemia, compromise of the fetal well-being, track completion of delivery and complications of the labor. In women of advanced age there was an association with the gestational hypertension, premature rupture of membranes, respiratory distress and income to pediatric intensive care unit.

Conclusions: The age at the ends of the life of a woman's fertile is a risk factor for obstetric complications, gestational and the newborn.

Keywords: AGE, COMPLICATIONS, PREGNANCY, RISK FACTORS, NEWBORN.



ÍNDICE

	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	13
CAPÍTULO III	18
3.1 HIPÓTESIS	18
3.2 OBJETIVO GENERAL	18
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
CAPÍTULO IV	19
4.1 TIPO DE ESTUDIO	19
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	19
Departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.	19
4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	19
4.4 MUESTRA	19
4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
4.6 ASIGNACIÓN DE LAS PACIENTES AL ESTUDIO	19
4.7 VARIABLES	20
4.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	20
4.11 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	21
4.12 PLAN DE ANÁLISIS	21
4.13 ASPECTOS ÉTICOS	22
CAPÍTULO V	23
5. RESULTADOS	23



CAPITULO VI.....	38
6.0 DISCUSIÓN.....	38
7.1 CONCLUSIONES.....	41
7.2 RECOMENDACIONES.....	42
8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
9.0 ANEXOS.....	47
ANEXO 3: MATRIZ DE VARIABLES.....	50



RESPONSABILIDAD

Yo, Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto, autor de la tesis “**COMPLICACIONES GESTACIONALES Y PERINATALES ASOCIADOS A LA EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA FERTIL**” Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 19 de Febrero del 2016

Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto

CI # 0924667926



DERECHO DE AUTOR

Yo, Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto, autor de la tesis “**COMPLICACIONES GESTACIONALES Y PERINATALES ASOCIADOS A LA EDAD MATERNA EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA FERTIL**” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 19 de Febrero del 2016

Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto

CI # 0924667926



AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a la Universidad de Cuenca, Hospital Vicente Corral Moscoso y Hospital José Carrasco Arteaga por abrirme sus puertas y ser parte de estas instituciones de prestigio.

A mis maestros que no son docentes de la Universidad, pero sin egoísmos transmitieron sus conocimientos científicos y supieron guiarme durante mi desenvolvimiento profesional.

A mis docentes y tutores que brindaron sus conocimientos y su apoyo para el crecimiento profesional.

A mi asesor y director de tesis por el aporte brindado para la culminación de este estudio.

Y finalmente a mis 15 compañeros de postgrado, porque en ellos encontré una segunda familia, y agradezco a cada uno de ellos por su apoyo moral y amistad que conseguimos haciendo crecer mis ganas de salir adelante.

Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto



DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a mis familiares cercanos, que a pesar de la distancia que nos mantuvo durante el desarrollo de mis estudios han destinado tiempo para enseñarme y brindarme aportes invaluableles que servirán para toda mi vida, sobretodo mi madre y padre que a pesar de la condición por la que atraviesan en su estado de salud, están llenos de valores y optimismo por la vida, sabiendo transmitir esto a sus hijos y nietos.

A mi esposo, por el apoyo incondicional en nuestro progreso profesional, amor, paciencia, y que a pesar de la distancia logramos mantener nuestra unión y consolidar nuestro matrimonio.

Además dedico este esfuerzo a quienes en un inicio no creyeron en mí; eso me dio fuerzas para dejar a un lado la soledad que muchas veces era parte de mis días, para continuar y seguir adelante.

Md. Maricela Carolina Bajaña Quinto



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La mujer en etapa de reproducción está preparada físicamente para procrear a partir de los 18 años hasta los 35 años de edad, queriendo decir que antes y después de los límites de estas edades se podrían presentar riesgos tanto maternos como fetales por lo que son considerados embarazos de alto riesgo obstétrico. Considerando que a partir de los 35 años de edad la salud reproductiva comienza a declinar enfrentándose a riesgos obstétricos y perinatales (1).

El embarazo en la adolescente es considerado a nivel mundial como un embarazo de alto riesgo obstétrico y un problema de salud pública. Presentarse el embarazo durante la adolescencia que cursa con una serie de periodos de cambios biológicos, psicológicos, por lo que influye la maternidad en el desarrollo normal de la adolescente (2).

El embarazo en las adolescentes causa además un impacto social y económico, la madre adolescente es a menudo sin preparación lo que influyen negativamente en el desarrollo estudiantil y laboral de la madre causando como consecuencia daños en el futuro educacional de sus hijos, sin embargo se correlaciona a un mayor riesgo de presentar prematuridad y bajo peso al nacer (3)(4).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se observa como el embarazo en los extremos de la vida pone en peligro la vida tanto de la madre como del recién nacido por lo que es considerado de alto riesgo obstétrico. En diversos estudios se observan con más predominio en países en vías de desarrollo.

Según un estudio realizado en Colombia en el hospital universitario de San José de Popayán se estima una mayor incidencia de complicaciones en la



adolescente durante el embarazo, parto y puerperio en comparación con las maternas de edad avanzada, así también las complicaciones neonatales se ven con predominio en los hijos de madres adolescentes.

En la actualidad se observa como la mujer por priorizar el avance en lo profesional, laboral, posterga su maternidad en muchas ocasiones más allá de los 35 años sobre todo aquellas con un nivel de instrucción alto. A diferencia de las mujeres del área rural con bajos recursos económicos o que tienen pobre educación desde el vínculo familiar en temas de planificación familiar, alcanzando su maternidad durante la adolescencia y al llegar a una edad mayor de los 35 – 40 años se convierten en gestantes multíparas y gran multíparas.

Se observa en aquellas gestantes en los extremos de la vida fértil diversas complicaciones tanto maternas como perinatales, tales como amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, anemia, retraso del crecimiento intrauterino, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, preeclampsia, hemorragias, distocias, y sus resultados perinatales negativos como: compromiso del bienestar fetal, bajo peso al nacer, macrosomía fetal, malformaciones congénitas, baja puntuación de apgar, muerte fetal. Otro factor que se considera como responsable de los riesgos por la edad avanzada es la presencia de situaciones propias de la edad tales como obesidad, diabetes e hipertensión arterial crónica. Además un mayor índice de cesárea por las causas antes mencionadas.

Siendo necesario comprender los sucesos que se presenten en las gestantes en los extremos de la vida y los resultados neonatales observando el predominio de estas complicaciones y obtener criterios que se ajusten a una práctica de acuerdo a la medicina basada en la evidencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales complicaciones asociadas a la edad de las parturientas que acuden al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Con los resultados destacaremos la importancia de una atención necesaria multidisciplinaria en el control prenatal de la gestante, sobre todo aquella que cursa edades en los extremos de la vida fértil, y hacer frente a sus necesidades obstétricas y perinatales de alto riesgo.

Con ello tendremos como finalidad determinar la edad como factor de riesgo para la presencia de complicaciones materno perinatal y por lo tanto tener un control adecuado en las gestantes.

Relacionando con primigestas de edad avanzada se aconseja una planificación familiar en edades adecuadas sin descuidar su ritmo laboral y educacional ya que estos forman parte de su bienestar físico y mental.

Al determinar la edad materna como factor de riesgo para la presencia de complicaciones tanto gestacionales como perinatales nos permite realizar una educación adecuada a la madre durante su etapa de la gestación y previo a esta, dándole a conocer sus probables riesgos y su comportamiento frente a tales situaciones.

Se ve la necesidad de cuantificar las complicaciones obstétricas y perinatales que se presenten en los diferentes grupos de edad materna debido a que no existen estudios locales que determinen los problemas que se presentan a consecuencia de la edad de la gestante.

Como especialistas en Gineco-Obstetricia, nos permite profundizar en el tema, identificando las diferentes complicaciones gestacionales y perinatales que se presenten en los diferentes grupos de edad materna.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Las adolescentes gestantes son socioeconómicamente desfavorecidas en relación con gestantes de mayor edad, además se demostraron riesgos elevados de pre-eclampsia y el parto pretérmino (1–4). Sin embargo, Suvi Leppälahti, Mika Gissler en un estudio retrospectivo demuestran que las madres adolescentes son más propensas a tener un parto vaginal (1,9, 1,7 a 2,0) y sin complicaciones (5).

Prianka Mukhopadhyay, R.N. Chaudhuri, en un estudio observacional de corte transversal que se realizó en el RG Kar Medical College y el Hospital en Calcuta revelaron que las madres adolescentes tenían una mayor proporción (27,7%) de los partos prematuros en comparación con 13,1% en las mujeres adultas y tuvieron bebés con bajo peso al nacer (38,9% vs 30,4% respectivamente) (6).

Algunos estudios sugieren que el embarazo en adolescentes y mayores de 35 años trae mayores resultados perinatales adversos, además aumentando la morbimortalidad materna. Graciete Helena dos Santos, Marília Martins Glory en un estudio retrospectivo en el hospital universitario de la universidad federal de Maranhão (HU-UFMA), los adolescentes tenían un mayor riesgo de parto prematuro (OR = 1,46, IC = 1,14-1,88 95%), bajo peso al nacer (OR = 1,47, IC del 95: 1,13 a 1,90%), menor número de consultas (OR = 2,03, IC = 1,57-2,63 95%), En las mujeres de edad avanzada presentaron una fuerte asociación con la diabetes mellitus (OR = 9,00, IC 95% 3,18-25,19), preeclampsia (OR = 4,38, IC 95% = 3,02-6,34), rotura prematura de membranas = 5,81, IC = 3,08-10,89 95%), y una mayor probabilidad de Apgar a los cinco minutos menor de 7 y mayor frecuencia de cesárea (60,3%) (7).

El bajo peso al nacer es con mayor frecuencia en madres adolescentes que en otro grupo de edad, como lo explican varios estudios probablemente sea causa al bajo peso materno que presenta la madre previo al embarazo, insuficiente



aumento de peso, anemia, infecciones, desarrollo insuficiente de los órganos reproductores que traería como consecuencia una insuficiencia placentaria (8).

En la actualidad las mujeres de los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo se evidencia un aumento en la edad para iniciar su paridad por motivos de educación superior, y avance en su vida laboral e independencia económica.(9) En los últimos años las mujeres primíparas de avanzada edad se demuestra que por lo general son de buen nivel socioeconómico a diferencia de los años anteriores en que las mujeres de avanzada edad por lo general multíparas y de bajo nivel socioeconómico, además las técnicas de reproducción asistida han aumentado la tasa de embarazos en mujeres de edad avanzada (10).

Las gestaciones que se presentan a partir de los 35 años de edad están vinculados con la presencia de enfermedades preexistentes que son difíciles de evitar, es así tal como la presencia de enfermedades hipertensivas, diabetes gestacional, tromboembolismos, que llevan a complicaciones fetales tales como retraso del crecimiento intrauterino, el parto pre término y el aborto (9)(11).

Mientras la mujer avanza en edad la posibilidad de procrear va decreciendo, esto debido a la disminución en la calidad de sus óvulos (11).

Caicedo F, Ahumada F.E. en un estudio retrospectivo, descriptivo determinan como un alto riesgo obstétrico las gestaciones en los extremos de la vida, presentando complicaciones durante el parto, puerperio en un 43,5% en las gestantes adolescentes vs 21% en las gestantes de edad avanzada (12).

Se considera que la terminación de la gestación por vía cesárea es más frecuente en las maternas de edad avanzada por la presencia de enfermedades preexistentes en la cual se determinan riesgos beneficios para el binomio materno-fetal. Si bien es cierto la cesárea tiene sus riesgos a corto plazo debidas a las complicaciones que se puedan presentar en el acto quirúrgico, y complicaciones a largo plazo tales como la presencia de placenta previa, embarazos ectópicos en gestaciones futuras (12).



En una serie de estudios en los que asocian la edad materna y el bajo peso al nacimiento, se evidencia una relación entre maternas mayores de 40 años y neonatos con muy bajo peso al nacimiento (<1500 gr), moderadamente bajo peso al nacimiento (1500 – 2499 gr), prematuro extremo, prematuro moderadamente extremo, y bajo peso para la edad gestacional, además de la presencia de mayor riesgo de aborto (13).

Al aumentar la edad para procrear tanto de madres como padres, aumenta la probabilidad de que se generen anomalías de sus cromosomas tales como inversiones, deleciones, alteraciones en el número de cromosomas, translocaciones y mutaciones en sus genes, por lo tanto aumentando la probabilidad de síndromes por alteraciones cromosómicas (14).

El colegio americano de obstetras y ginecólogos han determinado que la mujer puede decidir la mejor prueba de detección o de diagnóstico prenatal independiente de la edad, es decir que ya los 35 años deben ser eliminados como razón para ofrecer pruebas de diagnóstico prenatal, citado por (15).

García Alonso y col. En un estudio que determina los riesgos del embarazo en mujeres de edad avanzada las causas de morbilidad durante la gestación predominan los trastornos hipertensivos, amenaza de parto pretérmino, oligohidramnios (11).

En un estudio de cohorte retrospectivo realizado en el hospital general y ginecología Yaounde Yaounde, obstetricia y pediatría del hospital, por Kemfang y col. Determinan que mujeres de avanzada edad tanto primíparas como multíparas tenían más probabilidades de someterse a un cesárea en relación a las maternas más jóvenes (38,5% vs 13,5%, RR = 2,85, p <0,05 y 16,1% vs 9,1%, RR = 1,76, p <0,05). Mujeres multíparas mayores tenían mayor incidencia de preeclampsia / eclampsia (2,4% vs 0,6%, RR = 4, p <0,01), hemorragia antes del parto (1,8% vs 0,8%, RR = 2,25, p <0,01), sufrimiento fetal (3,5% vs 1,3%, RR = 2,69, p <0,01), muerte fetal (3,5% vs 1,6%, RR = 2,18, p <0,05), hemorragia posparto (2,4% vs 1,2%; RR = 2, p <0,05), parto prematuro (12% frente a 9,2%,



RR = 1,30, $p < 0,05$); bajo peso al nacer (11% frente a 7,7%, RR = 1,42, $p < 0,05$) además bajas puntuaciones de Apgar al minuto y a los cinco minutos (16).

Carolan y col. En un estudio poblacional en Australia Victoria demuestra que mujeres de muy avanzada edad tuvieron mayor probabilidad de parto prematuro entre las 32 a 36 semanas (OR 2.61, IC 95% 1.8 a 3.8), bajo peso al nacer (< 2.500 g) (OR 2.22, IC 95% 1.5 a 3.3) y pequeño para la edad gestacional (OR 1.53, IC 95% 1,0-2,3). Además se determina que mujeres de muy avanzada edad presentan mayor asociación con la cesárea en mujeres primíparas (OR 8.24, IC 4.5, 15.4 95%) (17).

Aasheim y col. En la población Noruega estudiaron la experiencia del parto en mujeres primíparas mayores de 32 años, quienes expresan aquellas que terminar en parto espontáneo "peor de lo esperado" (OR ajustada 1,09, IC 95% 1.2 a 1.16) y aquellas que terminan por cesárea califican como "mejor de lo esperado" (cesárea electiva: OR ajustada 1,36, IC del 95%: 1,01 a 1,85, el parto por cesárea de emergencia: OR ajustada 1,38, IC del 95%: 1,03 -1.84). por lo que determinan que aquellas mujeres mayores parecen manejar mejor tener un parto quirúrgico que aquellas más jóvenes (18).

En un estudio de cohorte realizado por Kenny y col. Las mujeres mayores de 40 años de edad en el parto tenían más riesgo de muerte fetal (RR = 1,83 [IC del 95%: 1,37 a 2,43]), (RR prematuro = 1,25 [IC del 95%: 1,14 a 1,36]), macrosomía (RR = 1,31 [IC del 95%: 1,12 a 1,54]), muy grandes para la edad gestacional (RR = 1,40, [IC 95%: 1.25 -1,58]) y cesárea (RR = 1,83, [IC 95%: 1,77 a 1,90]) (10).

En un estudio de cohorte de base poblacional realizado por Gordon y col. Al sur de Australia relaciona la muerte fetal anteparto con mayor riesgo en las mujeres mayores de 40 años y más aún si se trata de nulíparas por lo que se aconseja a las mujeres mayores de 35 años sobre las complicaciones y el riesgo fetal. Además las mujeres mayores de 40 años nulíparas sería importante ofrecer la inducción del parto a las 40 semanas (19).



Walker y col. Están realizando un ensayo controlado multicéntrico, prospectivo, aleatorizado en la inducción del parto a las 39 semanas de gestación en las mujeres nulíparas mayores de 35 años en comparación con una conducta expectante para el inicio del trabajo de parto a menos que se presente alguna situación que requiera inducción. Lamentablemente no existen estudios con evidencia sólida para orientar la inducción del trabajo de parto en mujeres de avanzada edad (20).

Byrampour y col. Realizaron un estudio cualitativo, descriptivo hacia las mujeres mayores de 35 años sobre su percepción de riesgos en el embarazo de edad materna avanzada, en el cual para aquellas mujeres que presentaban su etapa de gestación sin complicaciones y en la mayoría saludables lo calificaban como un embarazo de bajo riesgo, sin embargo aquellas mujeres que presentaron factores de riesgos asociados y complicaciones durante la gestación atribuyeron a su edad como factor de riesgo, por lo tanto, los proveedores de salud comprendiendo esta percepción se debe mejorar la comunicación con este grupo de gestantes (21).

Crespo y col. Analizaron las complicaciones obstétricas y perinatales en embarazos gemelares de mujeres mayor de 35 años, en este estudio se evidencia mayor número de mujeres mayores de 35 años que han sido infertilidad y han sido sometidas a técnicas de reproducción asistida con el consecuente mayor número de gestaciones bicoriales, no se observó aumento en el riesgo de complicaciones maternas y resultados perinatales, la única enfermedad que dio mayor prevalencia en embarazos gemelares de mujeres mayor de 35 años fue la diabetes gestacional y que podría relacionarse con el aumento de la resistencia a la insulina atribuido a la edad (22).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La edad materna en los extremos de la vida fértil constituye un factor de riesgo para presentar complicaciones gestacionales y perinatales.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones gestacionales y perinatales asociadas a la edad materna en los extremos de la vida fértil, en las parturientas que acuden al Departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.3.1 Describir las variables de estudio: edad, nivel de instrucción, residencia.
- 3.3.2 Describir las variables clínicas: controles prenatales y vía de parto.
- 3.3.3 Identificar las diversas complicaciones que se presenten durante el embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, anemia, muerte fetal).
- 3.3.4 Determinar la frecuencia, de las diversas complicaciones que se presenten en la gestante durante la labor de parto en los diferentes grupos de edad. Hemorragias, distocia de presentación, desproporción céfalo pélvica, distocia de partes blandas, desgarros del canal del parto, compromiso del bienestar fetal.
- 3.3.5 Identificar las complicaciones que presenta el recién nacido. Puntaje de Apgar, distrés respiratorio, peso al nacer, malformaciones congénitas.
- 3.3.6 Determinar la asociación de la edad materna en los extremos de la vida fértil con las complicaciones gestacionales y perinatales.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, analítico transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo de estudio está constituido por las pacientes que acudieron al departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca – Ecuador.

4.4 MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa EPIDAT 4,0, el cálculo se lo hizo en función de conocer una proporción. Los valores utilizados para el cálculo de la muestra fueron: un tamaño de la población de 3000 pacientes (promedio del año anterior), una proporción esperada del 6%, un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño de 1 y una precisión del 1,5%; El tamaño de la muestra a estudiar es de 729 pacientes.

4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra es de 729 pacientes.

4.6 ASIGNACIÓN DE LAS PACIENTES AL ESTUDIO

Con el objetivo de garantizar la participación de las pacientes en forma igualitaria se tomó en cuenta los criterios del muestreo probabilístico. De esta manera se tomó en consideración a los 12 meses del año 2014; para cada mes se tomó un



porcentaje proporcional al tamaño de la muestra. A su vez la asignación diaria de los pacientes se realizó según una tabla de números aleatorios, misma que fue distinta para cada mes, el número de asignación fue de acuerdo al orden de llegada al Hospital, que se encuentra registrado en el libro de atención de emergencia, iniciando a partir de las 00h00 de cada día.

Se asignó a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión por grupos etarios: Menores de 20 años, de 20 – 34 años, 35 años y más.

4.7 VARIABLES

4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable directa: complicaciones gestacionales, y perinatales

Variable indirecta: edad materna (adolescentes, adultas jóvenes y maternas de edad avanzada)

4.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Parturientas que cursen un embarazo igual o mayor a 32 Semanas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que tienen como antecedente obstétrico cesárea anterior.
- Embarazo múltiple
- Presencia de enfermedades preexistentes: Lupus eritematoso sistémico, enfermedades autoinmunes, enfermedades renales.
- Gestantes con déficit intelectual.
- Pacientes que no consientan participar en la investigación.



4.11 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Los datos fueron recolectados a través de un formulario elaborado por la autora.

1. Aprobación del Comité de Especialidad, Comisión de Investigación y Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, aprobación del Comité de Bioética y Líder del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Vicente Corral Moscoso.

2. Selección del grupo:

Pacientes gestantes que estén en labor de parto.

3. Reclutamiento: a las pacientes seleccionadas, se les indicó en que se fundamenta la investigación, de manera que acepten participar en la misma y contesten las preguntas del formulario de tamizaje mediante respuestas dicotómicas.

4. Firma del consentimiento informado. A las pacientes gestantes en labor de parto, el Residente de Postgrado de Gineco-obstetricia, les explicó los motivos de la investigación y sus logros de manera concisa y comprensible de forma verbal. Previo cumplimiento de las explicaciones adecuadas, se solicitó a la paciente que firme el consentimiento informado por escrito y en caso de no tener instrucción impregnará la huella digital.

5. Medición de los resultados: la medición de los resultados será con la observación directa de las complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido al finalizar la gestación, además de datos que se registren en las historias clínicas que sean de interés de acuerdo al formulario de recolección de los datos.

4.12 PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó el programa SPSS para el análisis de los datos. Se realizó análisis univariado con estadísticas de tendencia central y de dispersión. Se realizó



análisis bivariado utilizando la tabla tetracórica para determinar asociación mediante el chi cuadrado y valores de Odds Ratio, con su intervalo de confianza al 95%.

Se consideró resultados estadísticamente significativos a valores de $p < 0,05$.

4.13 ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación se garantizó los derechos del paciente a conocer en detalle el propósito del presente estudio, se le brindó la posibilidad de participar o no en el estudio y de retirarse cuando lo considere necesario. Como constancia de su aceptación de participar en el estudio, se solicitó que firme un consentimiento informado. (Ver anexo 2).

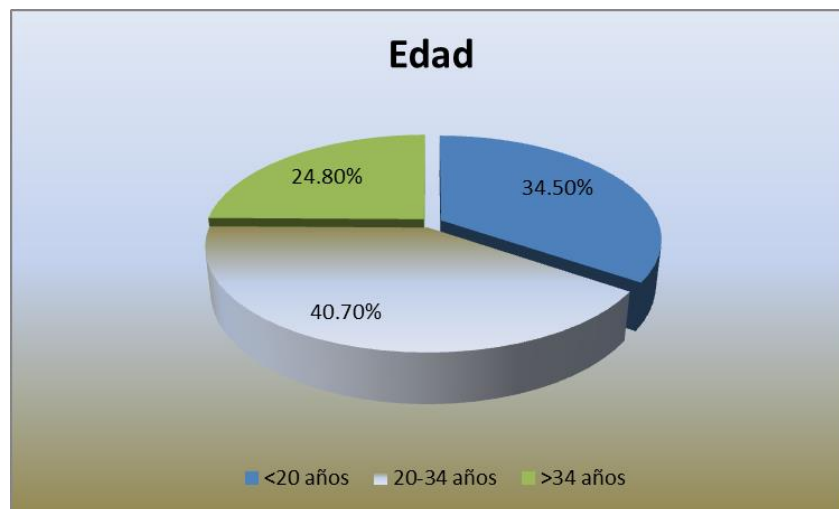
No se realizó durante la investigación ningún procedimiento que pueda causar daño a la paciente. Se le brindó al final de la evaluación información relacionada a la condición de su salud estudiada, las indicaciones necesarias para que se modifiquen los factores negativos y, en el caso de necesitar valoraciones adicionales, se solicitó la interconsulta a la especialidad correspondiente.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Gráfico N.1

Distribución según la edad de las maternas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

En total se estudió una muestra de 729 maternas que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.

De acuerdo a la edad, 251 (34,5%) pacientes tuvieron edades menores a 20 años; 181 (24,8%) pacientes tuvieron edades mayores a 34 años y 297 (40,7%) pacientes tuvieron edades entre los 20 y 34 años.

EL promedio de edad en las pacientes menores de 20 años fue de $17,5 \pm 1,3$ años, en las de 20 a 34 años es de $24,9 \pm 4,1$ años y en las pacientes de 35 y más años es de $37,8 \pm 2,6$ años.



Tabla N.1

Distribuciones según la procedencia y el nivel de instrucción de las maternas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

	Edad						Total	
	< 20 años		20-34 años		> 34 años		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Procedencia								
Urbano	163	(64,9)	187	(63,0)	104	(57,5)	454	(62,3)
Rural	88	(35,1)	110	(37,0)	77	(42,5)	275	(37,7)
Nivel de instrucción								
Analfabeto	0	(0,0)	0	(0,0)	6	(3,3)	6	(0,8)
Primaria	111	(44,2)	109	(36,7)	125	(69,1)	345	(47,3)
Secundaria	138	(55,0)	149	(50,2)	47	(26,0)	334	(45,8)
Superior	2	(0,8)	39	(13,1)	3	(1,7)	44	(6,0)
Total	251	(100,0)	297	(100,0)	181	(100,0)	729	(100,0)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

En su mayoría la población de maternas estudiada procedió del área urbana 454 (62,3%).

De acuerdo al nivel de instrucción, 345 (47,3%) maternas tuvieron primaria, seguido por 334 (45,8%) de parturientas que tuvieron secundaria. Según los grupos de edad, las adolescentes en su mayoría 138 (55,0%) tuvieron secundaria, en las mujeres de 20-34 años de edad el nivel de instrucción más frecuente es también la secundaria 149 (50,2%) y en las mayores de 34 años predominó el nivel de instrucción primaria 125 (69,1%).



Tabla N. 2

Distribuciones según la vía de terminación del parto y controles prenatales de las maternas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variable	Edad materna						Total	Valor p
	< 20 años		20-34 años		>34 años			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Vía del parto								
Cesárea	93	(37,1)	75	(25,3)	59	(32,6)	227	(31,1)
Parto vaginal	158	(62,9)	222	(74,7)	121	(66,8)	501	(68,8)
Parto instrumental	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,6%)	1	(0,1)
Controles prenatales								
Ninguno	9	(3,6)	4	(1,3)	5	(2,8)	18	(2,5)
1-3 controles	27	(10,8)	22	(7,4)	25	(13,8)	74	(10,2)
4-6 controles	84	(33,5)	99	(33,3)	68	(37,6)	251	(34,4)
>6 controles	131	(52,2)	172	(57,9)	83	(45,9)	386	(52,9)
Total	251 (100,0%)		297 (100,0%)		181 (100,0%)		729 (100,0%)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

De la muestra estudiada se identificó que 227 (31,1%) parturientas terminaron su embarazo mediante cesárea. Este procedimiento quirúrgico fue más frecuentemente realizado en las mujeres menores de 20 años de edad 93 (37,1%) y en las mujeres mayores de 34 años de edad 59 (32,6%).

De acuerdo al número de controles en las pacientes menores de 19 años se observó que 9 (3,6%) pacientes no tuvieron ningún control, 27 (10,8%) manifestaron haberse realizado entre 1-3 controles.

En las pacientes mayores de 34 años, hubo un menor porcentaje de madres que no tuvieron ningún control 5 (2,8%), y cerca de 25 (13,8%) maternas manifestaron haber acudido entre 1-3 controles durante la gestación.



Las pacientes con edades entre los 20-34 años en su mayoría se realizaron controles maternos de acuerdo a las indicaciones del Ministerio de Salud Pública.

Tabla N. 3

Distribuciones según las complicaciones durante la gestación de las maternas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

	Edad materna						Tota f %	Valor p
	< 20 años		20-34 años		>34 años			
	f	%	f	%	f	%		
Hipertensión gestacional								
Si	7	(2,8)	19	(6,4)	26	(14,4)	52 (7,1)	0,000
No	244	(97,2)	278	(93,6)	155	(85,6)	677 (92,9)	
Preeclampsia								
Si	12	(4,8)	24	(8,1)	19	(10,5)	55 (7,5)	0,077
No	239	(95,2)	273	(91,9)	162	(89,5)	674 (92,5)	
Diabetes gestacional								
Si	0	(0,0)	1	(0,3)	1	(0,6)	2 (0,3)	0,537
No	251	(100,0)	296	(99,7)	180	(99,4)	727 (99,7)	
Rotura Prema. de Memb.								
Si	32	(12,7)	36	(12,1)	13	(7,2)	81 (11,1)	0,148
No	219	(87,3)	261	(87,9)	168	(92,8)	648 (88,9)	
Anemia								
Si	33	(13,1)	17	(5,7)	10	(5,5)	60 (8,2)	0,002
No	218	(86,9)	280	(94,3)	171	(94,5)	669 (91,8)	
Amenaza de parto pretérmino								
Si	12	(4,8)	6	(2,0)	4	(2,2)	22 (3,0)	0,130
No	239	(95,2)	291	(98,0)	177	(97,8)	707 (97,0)	
Muerte fetal								
Si	1	(0,4)	4	(1,3)	5	(2,8)	10 (1,4)	0,114
No	250	(99,6)	293	(98,6)	176	(97,2)	719 (98,6)	
Total	251	(100,0%)	297	(100,0%)	181	(100,0%)	729 (100,0%)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

En total se observaron 52 (7,1%) casos de hipertensión gestacional en la muestra estudiada de 729 pacientes. Fue más frecuente la hipertensión



gestacional en las pacientes mayores de 34 años de edad 26 (14,4%). Se observaron menos casos 19 (6,4%) en las pacientes con edades entre los 20-34 años y en la población de adolescentes 7 (2,8%). Se encontró significancia estadística entre la hipertensión gestacional y la edad materna, con un valor de $p=0,000$

La preeclampsia fue otra patología analizada en este estudio, se presentaron 55 (7,6%) casos. El porcentaje más alto 19 (10,5%) corresponde a las mujeres mayores de 34 años. En cuanto a la diabetes gestacional, se observaron 2 (0,3%) casos. Un caso en el grupo de mujeres con edades entre los 20-34 años y el otro en las mujeres mayores de 34 años. La complicación más frecuente observada en este estudio es la rotura prematura de membranas 81 (11,1%). La población de parturientas que más presentó esta complicación 32 (12,7%) es la de mujeres menores de 20 años, seguido de las mujeres que tuvieron edades entre los 20-34 años con un total de 36 (12,1%), y en menor proporción las mujeres mayores de 34 años 13 (7,2%). La anemia se observó en 60 (8,2%) pacientes. En su mayoría los casos observados corresponden a las parturientas menores de 20 años 33 (13,1%) y en un porcentaje similar las mujeres entre 20-34 años y las mayores de 34 años 5,7% y 5,6% respectivamente. Se presentaron 22 (3,0%) parturientas con amenaza de parto pretérmino, principalmente fueron las adolescentes 12 (4,8%) las que más tuvieron esta complicación. Se observaron 10 (1,4%) casos de muerte fetal, que principalmente 5 (2,8%) fueron en hijos de madres mayores de 34 años de edad. La hipertensión gestacional y la anemia fueron las complicaciones que estuvieron asociadas a la edad materna, valor de $p<0,05$.

Se encontró significancia estadística entre la hipertensión gestacional y la edad materna, valor de $p=0,000$ y entre la anemia y la edad materna, valor de $p=0,002$.



Tabla N. 4

Distribuciones según las complicaciones durante el parto de las maternas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variables	Edad materna						Total	Valor p	
	< 20 años		20-34 años		>34 años				
	f	%	f	%	f	%			
Hemorragia posparto									
Si	6	(2,4)	10	(3,4)	7	(3,9)	23	(3,2)	0,662
No	245	(97,6)	287	(96,6)	174	(96,1)	706	(96,8)	
Distocia de presentación									
Si	17	(6,8)	13	(4,4)	12	(6,6)	42	(5,8)	0,412
No	234	(93,2)	284	(95,6)	169	(93,4)	687	(94,2)	
DGP									
Si	17	(6,8)	22	(7,4)	9	(5,0)	48	(6,6)	0,575
No	234	(93,2)	275	(92,6)	172	(95,0)	681	(93,4)	
Distocia de partes blandas									
Si	8	(3,2)	11	(3,7)	3	(1,7)	22	(3,0)	0,439
No	243	(96,8)	286	(96,3)	178	(98,3)	707	(97,0)	
Desgarro del canal vaginal									
Si	0	(0,0)	2	(0,7)	1	(0,6)	3	(0,4)	0,444
No	251	(100,0)	295	(99,3)	180	(99,4)	726	(99,6)	
Hipotonía / atonía									
Si	8	(3,2)	3	(1,0)	3	(1,7)	14	(1,9)	0,173
No	243	(96,8)	294	(99,0)	178	(98,3)	715	(98,1)	
Otras complicaciones									
Si	1	(0,4)	8	(2,7)	9	(5,0)	18	(2,5)	0,010
No	250	(99,6)	289	(97,3)	172	(95,0)	711	(97,5)	
Comp. bienestar fetal									
Si	44	(17,5)	24	(8,1)	15	(8,3)	83	(11,4)	0,001
No	207	(82,5)	273	(91,9)	166	(91,7)	646	(88,6)	
Edad gestacional									
Prematuro	30	(12,0)	30	(10,1)	33	(18,2)	93	(12,8)	0,087
Término	219	(87,3)	265	(89,2)	148	(81,8)	632	(86,7)	
Postérmino	2	(0,8)	2	(0,7)	0	(0,0)	4	(0,5)	
Total									
		251		297		181		729	
		(100,0%)		(100,0%)		(100,0%)		(100,0%)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.



Elaboración: Md. Carolina Bajaña.

Se observó 23 (3,2%) casos de hemorragia posparto, 7 (3,9%) se presentaron en las maternas mayores de 34 años y 10 (3,4%) en las maternas con edades entre los 20-34 años de edad.

La distocia de presentación se observó en 42 (5,8%) de las pacientes. Fue más frecuente en las parturientas adolescentes 17 (6,8%) y en las parturientas mayores de 34 años de edad 12 (6,6%).

Otra de las complicaciones analizadas fue la desproporción céfalo pélvica (DCP) con 48 (6,6%) casos. Este problema fue más frecuente en las adolescentes 17 (6,8%).

La distocia de partes blandas, que en total hubo 22 (3,0%) casos, fue frecuente en las mujeres con edades entre 20-34 años 11 (3,7%) y en las adolescentes 8 (3,2%).

Se observaron 3 (0,4%) casos de desgarro del canal vaginal, 2 en las mujeres adultas jóvenes y un caso en las mujeres mayores de 34 años de edad.

También hubo 14 (1,9%) casos de Hipotonía/Atonía, la mayoría de ellos corresponden a las parturientas adolescentes 8 (3,2%).

Y, por último, también se presentaron otras complicaciones con una frecuencia de 18 (2,5%).

En 83 (11,4%) mujeres hubo compromiso del bienestar fetal, principalmente esta complicación afecto a las madres adolescentes 44 (17,5%).

No se observó asociación entre estas variables y la edad materna excepto por el compromiso del bienestar fetal, con un valor de $p=0,001$.



Tabla N. 5

Distribuciones según la presencia de malformaciones y complicaciones del recién nacido de las maternas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variable	Edad materna						Total	Valor p	
	< 20 años		20-34 años		>34 años				
	f	%	f	%	f	%			
Malformaciones SNC									
Si	0	(0,0)	2	(0,7)	0	(0,0)	2	(0,3)	0,233
No	251	(100,0)	295	(99,3)	181	(100,0)	727	(99,7)	
Malformaciones cardiorrespiratorias									
Si	2	(0,8)	1	(0,3)	1	(0,6)	4	(0,5)	0,768
No	249	(99,2)	296	(99,7)	180	(99,4)	725	(99,5)	
Malformaciones digestivas									
Si	0	(0,0)	2	(0,7)	0	(0,0)	2	(0,3)	0,233
No	251	(100,0)	295	(99,3)	181	(100,0)	727	(99,7)	
Malf osteomusculares									
Si	0	(0,0)	2	(0,7)	0	(0,0)	2	(0,3)	0,233
No	251	(100,0)	295	(99,3)	181	(100,0)	727	(99,7)	
Malformaciones del aparato reproductor									
Si	0	(0,0)	2	(0,7)	0	(0,0)	2	(0,3)	0,233
No	251	(100,0)	295	(99,3)	181	(100,0)	727	(99,7)	
Otras malformaciones									
Si	1	(0,4)	2	(0,7)	0	(0,0)	3	(0,4)	0,538
No	250	(99,6)	295	(99,3)	181	(100,0)	726	(99,6)	
Distres respiratorio									
Si	15	(6,0)	17	(5,8)	19	(10,8)	51	(7,1)	0,088
No	235	(94,0)	276	(94,2)	157	(89,2)	668	(92,9)	
Ingreso RN									
Si	21	(8,4)	26	(8,9)	29	(16,5)	76	(10,4)	0,013
No	229	(91,6)	267	(91,1)	147	(83,5)	653	(89,6)	
Peso al nacer									
Extremadamente BPN	0	(0,0)	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,1)	0,294
MBPN	0	(0,0)	2	(0,7)	4	(2,2)	6	(0,8)	
Bajo peso al nacer	26	(10,4)	36	(12,1)	23	(12,7)	85	(11,7)	
Peso adecuado	222	(88,4)	252	(84,8)	150	(82,9)	624	(85,6)	
Macrosómico	3	(1,2)	6	(2,0)	4	(2,2)	13	(1,8)	
Macrosómico									



Apgar 1 minuto					
<7 puntos	5 (2,0)	8 (2,7)	8 (4,5)	21 (2,9)	0,298
≥7 puntos	245 (98,0)	285 (97,3)	168 (95,5)	698 (97,1)	
Apgar 5 minuto					
<7 puntos	2 (0,8)	5 (1,7)	2 (1,1)	9 (1,3)	0,631
≥7 puntos	248 (99,2)	288 (98,3)	174 (98,9)	710 (98,7)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

En la muestra estudiada se observó 2 (0,3%) casos de malformaciones del sistema nervioso central, 4 (0,5%) cardiorrespiratorias, 2 (0,3%) digestivas, 2 (0,3%) osteomusculares, 2 (0,2%) del aparato reproductor y 3 que correspondieron a otras malformaciones.

Se presentaron casos de distres respiratorio en los recién nacidos 51 (7,0%) que predominantemente corresponden a las madres mayores de 34 años de edad 19 (10,6%).

En 76 (10,6%) recién nacidos fue necesario el ingreso a una unidad de cuidados neonatales, de este total principalmente los niños nacieron de madres mayores de 34 años 29 (16,5%), hubo asociación estadísticamente significativa valor $p=0,013$.

En relación al peso del recién nacido, se identificó un total de 13 (1,8%) macrosómicos, 4 (2,2%) en madres mayores de 34 años; 85 (11,7%) con bajo peso al nacer en su mayoría 23 (12,7%) fueron hijos de madres de edad avanzada, también se presentaron 6 (0,8%) niños con muy bajo peso al nacer 4 (2,2%) en madres de edad avanzada.

En total se observó 21 (2,9%) recién nacidos con Apgar bajo al primer minuto, 8 (4,5%) de estos casos correspondió a madres mayores de 34 años.

No existe significación estadística entre las variables analizadas y la edad materna, valores de $p>0,05$.



Tabla N. 6

Factores de riesgo para complicaciones durante la gestación en las maternas adolescentes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variable	Edad materna		OR	IC 95%	Valor p
	< 20 años f %	>20 años f %			
Hipertensión gestacional					
Si	7 (1,0)	45 (6,2)	0,276	0,12 – 0,62	0,000
No	244 (33,5)	433 (59,4)			
Preeclampsia					
Si	12 (1,6)	43 (5,9)	0,508	0,26 – 0,98	0,026
No	239 (32,8)	435 (59,7)			
Diabetes gestacional					
Si	0 (0,0)	2 (0,3)	1,527	1,45 – 1,61	0,430
No	251 (34,4)	476 (65,3)			
Amenaza parto prematuro					
Si	12 (1,6)	10 (1,4)	2,350	1,00 – 5,52	0,040
No	239 (32,8)	468 (64,2)			
Rot. prematura membranas					
Si	32 (4,4)	49 (6,7)	1,279	0,79 – 2,06	0,185
No	219 (30,0)	429 (58,8)			
Anemia					
Si	33 (4,5)	27 (3,7)	2,529	1,48 – 4,31	0,001
No	218 (29,9)	451 (61,9)			
Vía del parto					
Cesárea	93 (12,8)	134 (18,4)	1,51	1,09 – 2,09	0,008
Vaginal	158 (21,7)	344 (47,2)			
Muerte fetal					
Si	1 (0,1)	9 (1,2)	0,208	0,03 – 1,65	0,090
no	250 (34,3)	469 (64,3)			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

En este estudio se determinó que las adolescentes tienen menos probabilidad de tener hipertensión gestacional comparado con las parturientas adultas OR



0,276 IC95%: 0,12 – 0,62, valor $p=0,000$. De igual manera, se encontró que las adolescentes tienen menos probabilidad de tener preeclampsia OR 0,508 IC95%: 0,26 – 0,98, valor $p=0,000$.

Se identificó que existe un mayor riesgo en las adolescentes de tener amenaza de parto prematuro OR 2,350 IC95%: 1,00 – 5,52, valor $p=0,040$. También existe una mayor riesgo de tener anemia OR 2,529 IC95%: 1,48 – 4,31, valor $p=0,001$; y de que el parto termine vía cesárea OR 1,51 IC95%: 1,09 – 2,09, valor $p=0,008$.

Tabla N. 7

Factores de riesgo para complicaciones durante el parto en las maternas adolescentes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variable	Edad materna				OR	IC 95%	Valor p
	< 20 años		>20 años				
	f	%	f	%			
Comp. trabajo parto							
Si	90	(12,3)	126	(17,3)	1,562	1,12 – 2,17	0,005
No	161	(22,1)	352	(48,3)			
Hemorragia posparto							
Si	6	(0,8)	17	(2,3)	0,664	0,26 – 1,71	0,268
No	245	(33,6)	461	(63,2)			
Distocia de presentación							
Si	17	(2,3)	25	(3,4)	1,316	0,70 – 2,49	0,245
No	234	(32,1)	453	(62,1)			
DGP							
Si	17	(2,3)	31	(4,3)	1,048	0,57 – 1,93	0,498
No	234	(32,1)	447	(61,3)			
Distocia partes blandas							
Si	8	(1,1)	14	(1,9)	1,091	0,45 – 2,64	0,504
No	243	(33,3)	464	(63,6)			
Desgarro del canal							
Si	0	(0,0)	3	(0,4)	1,528	1,45 – 1,61	0,281
No	251	(34,4)	475	(65,2)			
Hipotonía/atonía							
Si	8	(1,1)	6	(0,8)	2,590	0,89 – 7,55	0,06
No	243	(33,3)	472	(64,7)			



Distrés respiratorio					
Si	15 (2,1)	36 (4,9)	0,780	0,42 –	0,267
No	236 (32,4)	442 (60,6)		1,45	
Compromiso bienestar fetal					
Si	44 (6,0)	39 (5,3)	2,39	1,51 –	0,000
No	207 (28,4)	439 (60,2)		3,80	
Ingreso UCI					
Si	21 (2,9)	55 (7,5)	0,702	0,41 –	0,116
No	230 (31,6)	423 (58,0)		1,19	
Peso Recién Nacido					
Peso bajo	26 (10,4)	66 (13,8)	0,721	0,44 –	0,111
Peso normal	225 (89,6)	412 (86,2)		1,17	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Carolina Bajaña.

En relación a las variables analizadas de complicaciones del trabajo de parto y del recién nacido se observó que las adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones durante el trabajo de parto OR 1,562 IC95%: 1,12 – 2,17, valor $p=0,005$ y mayor riesgo de compromiso del bienestar fetal OR 2,39 IC95%: 1,51 – 3,80, valor $p=0,000$ No se demostró asociación con la hemorragia posparto, distocia de presentación, desproporción céfalo pélvica, distocia de partes blandas, desgarros del canal vaginal, hipotonía-atonía, distres respiratorio, muerte fetal, ingreso a una unidad de cuidados intensivos pediátricos y el peso del recién nacido.



Tabla N. 8

Factores de riesgo para complicaciones durante la gestación en las maternas de edad avanzada atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variable	Edad materna		OR	IC 95%	Valor p
	> 34 años f %	< 34 años f %			
Hipertensión gestacional					
Si	26 (3,6)	26 (3,6)	3,368	1,90 – 5,97	0,000
No	155 (21,3)	522 (71,6)			
Preeclampsia					
Si	19 (2,6)	36 (4,9)	1,668	0,931 – 2,99	0,061
No	162 (22,2)	512 (70,2)			
Diabetes gestacional					
Si	1 (0,1)	1 (0,1)	3,039	0,19 – 48,83	0,435
No	180 (24,7)	547 (75,0)			
Amenaza de parto prematuro					
Si	4 (0,5)	18 (2,5)	0,665	0,22 – 1,99	0,327
No	177 (24,3)	530 (72,7)			
Rot. prematura membranas					
Si	13 (1,8)	68 (9,3)	0,55	0,29 – 1,01	0,0713
No	168 (23,0)	480 (65,8)			
Anemia					
Si	10 (1,4)	50 (6,9)	0,582	0,29 – 1,17	0,081
No	171 (23,5)	498 (68,3)			
Vía del parto					
Cesárea	59 (8,1)	168 (23,0)	1,094	0,76 – 1,57	0,344
Vaginal	122 (16,7)	380 (52,1)			
Muerte fetal					
Si	5 (0,7)	5 (0,7)	3,085	0,88 – 10,78	0,075
no	176 (24,1)	543 (74,5)			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

Se encontró que las parturientas mayores de 34 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión gestacional OR 3,368 IC95%: 1,90 – 5,97, valor p=0,000.



No se observó relación con la edad materna mayor de 34 años y la diabetes gestacional, antecedente de parto prematuro, anemia, la vía de terminación del parto, muerte fetal y rotura prematura de membranas.

Tabla N. 9

Factores de riesgo para complicaciones durante el parto en las maternas de edad avanzada atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014

Variable	Edad materna				OR	IC 95%	Valor p
	> 34 años		< 34 años				
	f	%	f	%			
Comp. trabajo parto							
Si	51	(7,0)	165	(22,6)	0,911	0,63 – 1,32	0,347
No	130	(17,8)	383	(52,5)			
Hemorragia posparto							
Si	7	(1,0)	16	(2,2)	1,34	0,54 – 3,30	0,338
No	174	(23,9)	532	(73,0)			
Distocia de presentación							
Si	12	(1,6)	30	(4,1)	1,226	0,61 – 2,45	0,338
No	169	(23,2)	518	(71,1)			
DCP							
Si	9	(1,2)	39	(5,3)	0,68	0,32 – 1,44	0,204
No	172	(23,6)	509	(69,8)			
Distocia partes blandas							
Si	3	(0,4)	19	(2,6)	0,469	0,14 – 1,60	0,163
No	178	(24,4)	529	(72,6)			
Desgarro del canal							
Si	1	(0,1)	2	(0,3)	1,517	0,14 – 16,82	0,576
No	180	(24,7)	546	(74,9)			
Hipotonía/atonía							
Si	3	(0,4)	11	(1,5)	0,823	0,23 – 2,98	0,527
No	178	(24,4)	537	(73,7)			
Distres respiratorio							
Si	19	(2,6)	32	(4,4)	1,891	1,04 – 3,43	0,028
No	162	(22,2)	516	(70,8)			
Compromiso bienestar fetal							
Si	15	(2,1)	68	(9,3)	0,638	0,35 – 1,15	0,081
No	166	(22,8)	480	(65,8)			



Ingreso UCI					
Si	29 (4,0)	47 (6,4)	2,034	1,24 – 3,34	0,005
No	152 (20,9)	501 (68,7)			
Peso del recién nacido					
Peso bajo	27 (14,9)	65 (11,9)	1,303	0,80 – 2,11	0,172
Peso normal	154 (85,1)	483 (88,1)			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Md. Maricela Bajaña Quinto.

Al analizar las complicaciones durante la labor de parto y las del recién nacido con la edad materna de las mujeres mayores de 34 años se observó que existe un mayor riesgo de distrés respiratorio OR 1,891 IC95%: 1,04 – 3,43, valor $p=0,028$ y también se determinó que existe mayor riesgo para que el recién nacido ingrese a una unidad de cuidados intensivos pediátricos OR 2,034 IC95%: 1,24 – 3,34, valor $p=0,005$.



CAPITULO VI

6.0 DISCUSIÓN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, sin embargo en la adolescencia y a edades avanzadas conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud pública.

Para Sandoval y cols., las principales complicaciones que se observan en el embarazo adolescente comparado con embarazos en mujeres de 20-29 años son que las adolescentes tienen menos controles prenatales que las adultas (23). En nuestro estudio de acuerdo al número de controles en las pacientes menores de 19 años se observó que 9 (3,6%) pacientes no tuvieron ningún control, 27 (10,8%) manifestaron haberse realizado entre 1-3 controles, demostrando que son las adolescentes que tienen menos controles prenatales que las pacientes adultas.

El estudio realizado en Lima con una cohorte de 67,693 pacientes por Okumura y cols., conformado por dos grupos adolescentes y mujeres adultas concluyen que las adolescentes tienen un mayor riesgo de cesárea (OR= 1,28 IC95%: 1,07 – 1,53) (24). Al igual que este autor, en nuestro estudio también se observó que las adolescentes tienen una mayor riesgo de terminar sus embarazos por medio de cesárea OR 1,51 IC95%: 1,09 – 2,09, valor $p=0,008$.

Elster AB, Lamb ME, Tavaré J, Ralston CW, entre los principales problemas observados en los embarazos de las adolescentes se destaca la anemia, los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, síntomas de parto prematuro y la rotura prematura de membranas ovulares (25). En nuestro estudio se observaron algunas de estas complicaciones como la amenaza de parto prematuro OR 2,350 IC95%: 1,00 – 5,52, valor $p=0,040$ y de anemia OR 2,539 IC95%: 1,48 – 4,31, valor $p=0,001$, los cuales nos dieron resultados estadísticamente significativos en el grupo de adolescentes.



En este estudio, nosotros encontramos que las adolescentes tienen mayor riesgo de antecedentes de parto prematuro, anemia, compromiso del bienestar fetal y que los partos terminen por vía cesárea. La probabilidad de tener hipertensión gestacional y preeclampsia es menor en las parturientas adolescentes.

La edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas según concluye Tipiani-Rodríguez. La edad materna avanzada está asociada independientemente con la alteración de la presentación fetal durante el parto (OR 1,05 IC95%: 1,01 – 1,10), la cesárea por hemorragia del tercer trimestre (OR 1,05 IC95%: 1,01 – 1,09), parto pretérmino (OR 1,08 IC95%: 1,02 – 1,14), la hipertensión crónica (OR 1,03 IC95%: 1,01 – 1,05). No se encontró diferencias en la prevalencia de muerte perinatal, Apgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer (26). También nosotros observamos una relación con la hipertensión gestacional en mujeres mayores de 34 años con un OR 3,368 IC95%: 1,90 – 5,97, valor $p=0,000$. Además observamos una prevalencia de 2,6%, diabetes gestacional 0,1%, rotura de membranas ovulares 1,8%, anemia 1,4% compromiso del bienestar fetal 2,1%, y en el 8,1% la vía de terminación del parto es por cesárea.

La prevalencia de rotura prematura de membranas es del 8,9% (27). En nuestro estudio la prevalencia de rotura prematura de membranas fue del 11,1%, más frecuente en las madres adolescentes 12,7%.

En el estudio de Alcántara, otra complicación frecuente observada en las adolescentes es la desproporción feto pélvica 29% (28). Lo cual no fue estadísticamente significativo en nuestro estudio, valor $p=0,498$.

De acuerdo al estudio de Perez y cols., que compara madres adolescentes con una población de gestantes de más de 20 años de edad, se observó que las adolescentes presentan mayor número de recién nacidos con bajo peso al nacer (88%) y partos pretérmino (29). Los principales problemas observados en el producto de madres adolescentes está el bajo peso al nacer, debido al



nacimiento pretérmino como por recién nacido de bajo peso para la edad gestacional. Nosotros no observamos una asociación entre el peso del recién nacido y las madres adolescentes.

Otro estudio que evalúa los embarazos en los extremos de la vida por Andomo y cols., concluye que la prevalencia de recién nacidos prematuros en las mayores de 35 años es del 12,77% y en menores de 17 años es del 18,45%. Los recién nacidos de bajo peso al nacer son aproximadamente del 9,22% en mayores de 35 años comparado con un 11,65% en las mujeres menores de 17 años. La necesidad de cuidados intensivos neonatales es del 6,38% en mayores vs 5,83% en las adolescentes (30). En nuestro estudio la prevalencia de prematuros en las madres adolescentes fue del 12,0% y en las mayores de 34 años fue de 18,2%, resultados muy similares a los observados por Andomo. En relación al bajo peso al nacer la prevalencia observada en este estudio en las madres adolescentes es de 10,4% y en las madres mayores de 34 años fue de 14,9%. Otro de los factores maternos que se ha observado en las mujeres de edad avanzada es la prematuridad (RM 1,81 IC95%: 1,56 – 2,09) (31). No hubo asociación en nuestro estudio entre la edad materna y la edad gestacional.

Para Chamy y cols., en las mujeres de edad avanzada los principales problemas en mayor frecuencia, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto por cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos son las principales complicaciones (32). En nuestro estudio no encontramos asociación entre edad materna y presencia de malformaciones congénitas.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES.

- 7.1.1 De acuerdo a la edad, la mayoría de pacientes tuvieron edades entre los 20 y 34 años. En su mayoría las pacientes provienen del área urbana y tienen primaria como nivel de instrucción.
- 7.1.2 Entre las principales complicaciones en las adolescentes están la presencia de anemia, amenaza de parto pretérmino. La vía de terminación del parto principal fue la cesárea, hubo un 2,4% de hemorragias posparto, 6,8% distocia de presentación, 6,8% DCP, 3,2% distocia de partes blandas. El 12,0% de recién nacidos fue prematuro y 0,8% de malformaciones cardiorrespiratorias.
- 7.1.3 En las parturientas adultas mayores de 34 años la hipertensión gestación fue del 14,4%, preeclampsia 10,6%, diabetes gestacional 0,6%, rotura prematura de membranas 7,2%, anemia 5,6%, amenaza de parto pretérmino 2,2%; las cesáreas fue la vía de terminación del parto en el 32,2%, hubo hemorragia posparto en el 3,9%, distocia de presentación 6,7%, DCP 5,0%, distocia de partes blandas 1,7%, desgarros del canal vaginal 0,6%, hipotonía atonía uterina 1,7%, y aproximadamente el 18,2% de recién nacidos fueron prematuros.
- 7.1.4 Se determinó una asociación estadísticamente significativa entre las adolescentes y la amenaza de parto prematuro, anemia, compromiso del bienestar fetal, y riesgo de terminar su gestación por vía cesárea. Además se observó que las maternas adolescentes tienen menos riesgo de presentar hipertensión gestacional y preeclampsia que las maternas de edad avanzada con valores estadísticamente significativos.
- 7.1.5 En las mujeres de edad avanzada hubo asociación con la hipertensión gestacional, distrés respiratorio e ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátricos.



7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Los hallazgos de este estudio sugieren que la edad materna en los extremos de la vida fértil son un factor de riesgo para complicaciones durante la gestación y el período perinatal. Se debe considerar en la evaluación de toda materna esta condición para dirigir la atención médica principalmente a prevenir la posibilidad de complicaciones durante la gestación, el parto y los cuidados del recién nacido.
- 7.2.2 Es recomendable que en futuros estudios se debería analizar con seguimiento a las maternas en su período puerperal para así poder determinar variables de estudios como son complicaciones que se presenten en el puerperio y que en nuestro estudio no se realizó.
- 7.2.3 Es necesario que se continúen con nuevas investigaciones para determinar nuevos factores de riesgo asociados a los extremos de la edad fértil en las mujeres.



8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de los Angeles Andorno M, Bello E, Martearena RE, Abreo GI. EMBARAZOS EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA Y RESULTADOS PERINATALES. [cited 2013 Jul 19]; Available from: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista207/2_207.pdf
2. Coyne CA, D'Onofrio BM. Some (but not much) progress toward understanding teenage childbearing: A review of research from the past decade. *Adv Child Dev Behav.* 2012;42:113.
3. Clotilde Binet, Lina Rakotoson, Be´ne´ dicte Gastineau. Fe´ condite´ pre´ coce a` Madagascar: quel impact sur la sante´ maternelle et infantile? Gastineau B Gubert F Robilliard Roubaud F Madag En Chemin Vers OMD IRD [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Oct 18]; Cahiers Santé vol. 19, n° 3. Available from: http://www.jle.com/e-docs/00/04/54/3A/vers_alt/VersionPDF.pdf
4. Alves JG, Cisneiros RM, Dutra LP, Pinto RA. Perinatal characteristics among early (10–14 years old) and late (15–19 years old) pregnant adolescents. *BMC Res Notes.* 2012;5(1):531.
5. Leppalahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open.* 2013 Aug 19;3(8):e003225–e003225.
6. Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B. Hospital-based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in India. *J Health Popul Nutr.* 2010;28(5):494.
7. BATALHA SDJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):326–34.
8. MARTINS MarDGI, SOUSA MDS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):224–31.
9. Valls Hernández M, Safora Enriquez O, Rodríguez Izquierdo A, Lopez Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2009;35(1):0–0.
10. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. Shi Q, editor. *PLoS ONE.* 2013 Feb 20;8(2):e56583.



11. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2013;39(2):120–7.
12. Caicedo F, Ahumada F.E., Bolaños M.A., Ortega O.J. Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años. *Hosp Univ San José Popayán* [Internet]. 2010 Colombia [cited 2013 Jul 21]; Available from: zotero://attachment/64/
13. Esparza Olcina MJ. ¿Hay asociación entre edad materna avanzada y bajo peso al nacimiento? *www.evidenciasenpediatria.es.* 2010 Nov 17;6:93:1–4.
14. MATERNA E. Bistua: Revista de la Facultad de Ciencias Básicas Universidad de Pamplona revistabistua@unipamplona.edu.co ISSN (Versión impresa): 0120-4211 COLOMBIA. *Rev BISTUA* ISSN. 120:4211.
15. June C. Carroll, Andrea Rideout, Brenda J. Wilson. Maternal age–based prenatal screening for chromosomal disorders. *Canadian Family Physician* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Jul 19];Vol 59(59:e39-47). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555677/pdf/0590e39.pdf>
16. Kemfang JD, Ngassam A-N, Dohbit JS, Nzedjom C, Kasia JM. Pregnancy outcome at advanced maternal age in a group of African women in two teaching Hospitals at Yaounde, Cameroon. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2013 [cited 2013 Jul 16];14. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/134/full/>
17. Carolan MC, Davey M-A, Biro M, Kealy M. Very advanced maternal age and morbidity in Victoria, Australia: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(1):80.
18. Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Schytt E. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age—a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(1):1–8.
19. Gordon A, Raynes-Greenow C, McGeechan K, Morris J, Jeffery H. Risk factors for antepartum stillbirth and the influence of maternal age in New South Wales Australia: A population based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(1):12.
20. Walker KF, Bugg G, Macpherson M, McCormick C, Wildsmith C, Smith G, et al. Induction of labour versus expectant management for nulliparous women over 35 years of age: a multi-centre prospective, randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):145.
21. Bayrampour H, Heaman M, Duncan K, Tough S. Advanced maternal age



- and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):100.
22. R. Crespo, A. Alvir b., M. Lapresta. Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares. *Serv Obstet Hosp Univ Miguel Servet Inst Aragon Cienc Salud Zaragoza Esp* [Internet]. 2011 Mar 9 [cited 2013 Jul 22];(243). Available from: zotero://attachment/46/
 23. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control [Internet]. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2007 [cited 2015 Nov 18]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183005>
 24. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2014 Dec;14(4):383–92.
 25. Elster AB, Lamb ME, Tavaré J, Ralston CW. The medical and psychosocial impact of comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. *JAMA*. 1987 Sep 4;258(9):1187–92.
 26. Tipiani-Rodríguez O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2006;52(3):179–85.
 27. Ortiz FM, Soto YG, González I del RV, Beltrán AG, Castro EQ, Ramírez IO. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(8):468–75.
 28. Alcántara L, Flor V. Complicaciones médicas y obstétricas de las Embarazadas Adolescentes. 2012 [cited 2015 Nov 18]; Available from: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/1120>
 29. Pérez Queda R, Rosabal García F, Pérez Guerrero JL, Yabor Palomo A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 1995 Jun;11(3):239–45.
 30. de los Angeles Andorno M, Bello E, Martearena RE, Abreo GI. EMBARAZOS EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA Y RESULTADOS PERINATALES. [cited 2015 Nov 18]; Available from: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista207/2_207.pdf
 31. Covarrubias LO, Aguirre GE, Chapuz JR, May AI, Velázquez JD, Eguiluz



ME. Maternal factors associated to prematurity. *Ginecol Obstet México*. 2008;76(9):526.

32. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(6):331–8.



9.0 ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Post-grado de Ginecología y Obstetricia

Universidad de Cuenca

Tema de tesis: Complicaciones gestacionales y perinatales asociados a la edad materna en los extremos de la vida fértil

Formulario n°:

Nombre de paciente:

Hc: Edad:Peso: Talla: EG:

1. Area Residencial Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	2. Número de controles prenatales realizados durante la gestación. _____
3. Nivel de instrucción, grado más elevado de estudios alcanzado Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Cuarto nivel <input type="checkbox"/>	4. Vía de finalización del embarazo: Cesárea <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Parto instrumental <input type="checkbox"/>
5. Complicaciones durante la gestación Hipertensión Gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Amenaza de Parto Pretermino <input type="checkbox"/> Ruptura Prematura de Membranas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Compromiso del Bienestar <input type="checkbox"/> Otros _____	6. Complicaciones durante el trabajo de parto Hemorragia Postparto <input type="checkbox"/> Distocia de Presentación <input type="checkbox"/> Desproporción cefalopélvica <input type="checkbox"/> Distocia de partes blandas <input type="checkbox"/> Compromiso del bienestar fetal <input type="checkbox"/> Desgarros del canal del parto <input type="checkbox"/> Hipotonía/atonía uterina <input type="checkbox"/> Otros _____
7. Apgar del Recién nacido Al minuto _____ A los 5 minutos _____	8. Capurro _____



<p>9. Distrés respiratorio valorado por el test de Silverman o Score de Downes</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Presencia de Malformaciones Congénitas:</p> <p>Sistema neurológico _____</p> <p>Cardiorespiratorio _____</p> <p>Digestivo _____</p> <p>Osteomuscular _____</p> <p>Reproductor _____</p> <p>Otras _____</p>
<p>11. Peso en gramos del recién nacido</p> <p>Peso en gramos</p> <p>_____</p>	<p>12. Ingreso de RN</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Muerte Fetal</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema de tesis: “Complicaciones gestacionales y perinatales asociados a la edad materna en los extremos de la vida fértil”

Nombres y apellidos de la paciente:.....

Nº historia:

Nombre y apellidos del médico que informa:.....

Explicación sencilla del objetivo del estudio, en qué consiste y la forma en que se va a llevar a cabo: usted ha sido invitada a participar voluntariamente en un estudio de investigación, que consiste en determinar las complicaciones que se presentan durante la gestación asociadas a la edad de la madre, para evaluar el personal médico procederá a interrogarla con preguntas relacionadas a sus antecedentes obstétricos y embarazo, se utilizarán además datos que consten en las historias clínicas. El estudio no tiene costo alguno para nosotros y usted se encuentra en la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura de usted y de su hijo.

La información obtenida se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue su identidad.

Declaración de la paciente:

He recibido información acerca de los aspectos indicados en los apartados previos. Estoy satisfecha con la información recibida, he aclarado mis dudas y conozco que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

Firma de la paciente

Firma del médico responsable

**ANEXO 3: MATRIZ DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	Dimensión	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	Periodo de tiempo	Años cumplidos	Numérica
Edad Gestacional	Edad del feto o del recién nacido, normalmente expresada en semanas transcurridas desde el primer día del último periodo menstrual.	Edad del feto o del recién nacido.	Semanas de gestación	Numérica
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados por una persona.	Grado más elevado de estudios	Años de estudio	Ordinal Analfabeta Primaria Secundaria Superior Cuarto nivel
Complicaciones durante el embarazo	Agravamiento del embarazo con una	Patología intercurrente	Hipertensión Gestacional Preeclampsia	Nominal



	patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal.		Diabetes Gestacional	Si
			Amenaza de Parto Pretérmino	No
			Ruptura Prematura de Membranas	
			Anemia	
			CBF	
Vía de finalización de embarazo	Salida del feto del cuerpo materno y que da por finalizada la situación de embarazo de una mujer.	Vía de salida del feto del cuerpo materno	Cesárea	Nominal
				Si
				No
			Parto	Nominal
				Si
				No
			Parto instrumental	Nominal
				Si
				No
Complicaciones durante el trabajo de Parto	Agravamiento del trabajo de parto con una situación intercurrente que aparece espontáneamente con una relación causal	Agravamiento del trabajo de parto	Hemorragia Postparto	Nominal
			Distocia de Presentación	SI
			DCP	NO
			Distocia de partes blandas	
			CBF	



			Desgarros del canal de parto	
Bienestar del recién nacido mediante puntuación de Apgar	Examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, realizando una prueba en la que se valoran 5 parámetros para obtener una primera valoración simple y clínica sobre el estado general del neonato después del parto	Recién nacido con Apgar de 7 o menor, valorado por médico pediatra al minuto 1 y 5 de vida. Recién nacido con Apgar de 8 o mayor, valorado a por médico pediatra al minuto 1 y 5 de vida	Puntaje de Apgar	Numérica
Distrés Respiratorio	Enfermedad pulmonar grave del recién nacido prematuro que produce colapso alveolar y la consecuente alteración del intercambio gaseoso.	Enfermedad pulmonar grave del recién nacido	Test Silverman Escore de Downes	Nominal Si NO



Malformaciones congénitas	Alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas	Alteraciones anatómicas fetales o del recién nacido.	Sistema neurológico Cardiorespiratorio Digestivo Osteomuscular Reproductor Otras	Nominal Presente Ausente
Muerte fetal	Muerte intrauterina de un feto con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas	Muerte intrauterina de un feto	Muerte de un feto	Nominal SI NO
Peso del recién nacido	Condición del Recién Nacido evaluada a través del peso en el cual nos indica su condición en relación a la ganancia del peso durante la gestación.	Condición de ganancia del peso	Peso en gramos	Numérica



Controles prenatales	Actividad en la que la paciente acude a un facultativo para asegurar que todo embarazo culmine en el parto de un niño sano sin deterioro de la salud de la madre.	Visitas a facultativo para control de bienestar materno-fetal	Número de controles	Numérica
----------------------	---	---	---------------------	----------