

**PERIODE GESTACIONAL,
PUERPERI IMMEDIAT I
RESULTATS PERINATALS
EN DIFERENTS GRUPS
D'EDAT MATERNA: ESTUDI
DESCRIPTIU**

Treball Final de Grau II

Carla Ramos Andrés^a

^a Estudiant Grau en Infermeria, Tecnocampus Mataró-Maresme, Mataró, Barcelona, Espanya.

Tutora: Eva Diago Balart

Curs acadèmic 2013-2014

Data d' entrega: 30/05/2014

**Escola Superior
de Ciències de la Salut**

Centre adscrit a la



ÍNDEX

1. RESUM.....	2-2
2. INTRODUCCIÓ	4-6
2.1 Objectius	6
3. MATERIAL I MÈTODES	7-8
4. RESULTATS	9-15
5. DISCUSSIÓ	16-17
6. CONCLUSIONS I IMPLICACIONS A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL I INNOVACIÓ	18-20
7. BIBLIOGRAFIA.....	21-22
<i>ANNEX 1: CRONOGRAMA DEL TREBALL D' INVESTIGACIÓ.....</i>	<i>23</i>

Després de realitzar les Pràctiques Acadèmiques a la Sala de Parts i Unitat de Ginecologia i Obstetrícia de l' Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella i poder observar com es desenvolupa el procés de l' embaràs, he trobat interessant aplicar la part més teòrica a la meva experiència professional. Vaig tenir l' ocasió de veure parts de totes les edats, algunes complicacions derivades del procés i l' estat del nadó quan ja estava a la Unitat, avaluant el tipus d' alimentació, l' evolució del pes, les mesures antropomètriques, etc. Cadascun dels embarassos era diferent, però des del meu punt de vista, vaig observar un lleuger augment de complicacions a major edat materna, quasi inexistentes en edats més joves. Un dels objectius és plasmar els casos observats, per això es proposa el següent estudi.

1. RESUM

Introducció. Els riscos i les diferents complicacions que es presenten al quedar embarassada a edats extremes (< 20 anys i > de 35) és cada vegada més freqüent en la població Catalana. Aquest fet ens fan plantejar aquest estudi amb la finalitat de conèixer quina és l' associació entre l' edat materna i diferents variables biomèdiques i obstètriques, per a obtenir resultats que avaluin la gestació, part, puerperi immediat i resultats perinatals.

Població i mètodes. S' ha realitzat un estudi observacional descriptiu retrospectiu de totes les dones que van donar a llum al Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella durant l' any 2013 que complien els criteris d' inclusió i exclusió descrits.

Mètodes. Es va partir d' una mostra de 997 parts dels quals es van poder extreure dades de 926. Les dades es van extreure del Departament d' Estadística de l' hospital mencionat i les variables estudiades van ser: avaluació del risc durant l' embaràs; vacunació antitetànica; setmanes de gestació; avaluació del risc en el moment del part; començament del part; tipus de part; número de fetus; anestèsia; episiotomia; test de coombs; paritat; sexe del nadó; alletament i pes del nadó.

Resultats. En EP s'han identificat els majors valors de embaràs prolongat, inducció mèdica del part, baix pes i alletament matern. En ER major nombre de nadons preterme i part espontani. En ET prevalença de correcte vacunació, realització de cesària i episiotomia i alletament artificial. Valors semblants en les edats es troba l' ús d' anestèsia, el test de coombs i el sexe.

Conclusió. S' identifiquen diferències estadísticament significatives, entre els diferents grups d' edat materna i les variables *començament del part*, *anestèsia* i *tipus de part*. Sense significació per a la *vacunació*, *setmanes de gestació*, *nombre de fetus*, *Test de Coombs*, *sexe*, *pes*, *alletament* i *episiotomia*.

Paraules clau: edat materna, embaràs, puerperi immediat, resultats perinatals, risc en el part

ABSTRACT

Introduction. Different risks and complications in pregnant at extreme ages (< 20 and >35) is becoming more common in the Catalan population. This fact makes us consider this study in order to know which is the association between maternal age and obstetric and biomedical variables to evaluate results to pregnancy, childbirth, immediate postnatal period and perinatal results.

Population. The present work is an observational descriptive retrospective study of all the women who met the inclusion and exclusion criteria that gave birth on Sant Jaume Regional Hospital in Calella during the year 2013.

Methods. It was based on a sample of 997 parts, of which 926 were able to extract data. The Statistics Department of the Hospital provide us the data and the variables mentioned were: *risk during pregnancy; tetanus vaccination; weeks of gestation; risk at the time of delivery; beginning of the delivery; type of delivery; number of babies; anaesthesia; episiotomy; Coombs test; parity; sex of the baby; breastfeeding and baby weight.*

Results. In young age we have been identified the higher values of prolonged pregnancy, medical induction of delivery, low birth weight and breastfeeding. In recommended age, there are higher number of premature babies and spontaneous deliveries. Finally, in late age, prevalence of correct vaccination, levels of caesarean and episiotomy and artificial feeding. Similar values have been identified in anaesthesia, coombs test, sex and number of babies.

Conclusions. We identify statistically significant differences between different maternal group ages and the variables *beginning of delivery, anaesthesia and mode of delivery.* Without significance for *vaccination, weeks of gestation, number of baby, coombs test, sex, weight, breastfeeding and episiotomy.*

Key words: mother's age, pregnancy, immediate postnatal period, perinatal results, part risk

2. INTRODUCCIÓ

La gestació és el període de temps comprès entre la concepció i el naixement. Durant aquest temps, el nadó creix i es desenvolupa dins l'úter de la mare¹. És un procés totalment natural però intervenen molts factors que condicionen el curs de l'embaràs i el desenvolupament del nou-nat, un d'ells, l'edat materna. La gestació en edats precoces (EP), menors de 20 anys, i en edats tardanes (ET), igual o majors de 35 anys, condicionen un risc mitjà en l'embaràs, part i en els resultats perinatals, considerant l'edat recomanada (ER) als 21-35 anys². Aquestes seran les edats que utilitzarem per a la realització d'aquest estudi.

Diferents edats durant la gestació

No ens sorprèn si mencionem que la franja d'edat amb més nombre de naixements se situa en ER amb un 67% del total dels parts³, ja que la major part dels professionals afirmen que és la millor edat per a quedar embarassada. En aquesta edat, és més probable que es tingui una estabilitat professional, econòmica i personal que permetrà dur a terme el procés de l'embaràs més adequadament. L'estat de salut d'aquestes dones també és més estable, sense gaires patologies de base, a més a més, de ser molt fèrtils. A nivell estadístic, són les que aporten major nombre de fetus dobles i triples⁴ i menor nombre de complicacions maternes i neonatals.

En l'adolescència, la persona no sempre té la maduresa, habilitats ni recursos suficients per evitar conductes de risc. Això fa de l'embaràs un procés més difícil i complex psicològicament i socialment amb repercussions negatives per a la mare i el nadó⁵. Fa augmentar el risc de malnutrició i morbimortalitat materna i neonatal^{6,7}. Situen els riscos més freqüents en l'anèmia, les APP i tenir un nadó post-terme. El present estudi, també menciona complicacions durant el part com, més prevalença per donar a llum a nadons amb baix pes, amb depressions al néixer i impetig, com a complicacions perinatals⁸. Tot i això, a Europa, en general, hi ha hagut una disminució de la taxa global d'embarassos en EP gràcies a la millora de l'educació sexual i la facilitat d'accés als centres d'orientació i planificació sexual i als mètodes anticonceptius⁹. En l'àmbit Català, també han disminuït significativament els parts en aquesta franja d'edat, des d'un 18% al 2008 fins un 2% al 2012, fet favorable³. Cal remarcar que en determinats contextos culturals és freqüent que les dones iniciïn la maternitat en edats més precoces.

Contràriament, donada la situació social i econòmica actual, s'ha detectat un augment progressiu de l'edat en que la dona es proposa tenir el primer fill, des dels 29 al 2008 a 30 anys al 2012¹⁰. Això ha provocat que en els últims anys es produeixi l'embaràs en edats més avançades, augmentant estadísticament d'un 20% del total de parts en aquesta franja d'edat a un 31%³. En aquesta franja d'edat, s'observa un augment de les complicacions durant el part, destacant la diabetis gestacional i metrorràgies en el primer trimestre com a principals, sense

significació estadística en la hipertensió arterial¹¹. Oposadament, altres articles afirmen aquesta patologia¹². També presenten major inducció mèdica del part i major mortalitat fetal¹³. Afortunadament, està comprovat que si l'estat de salut de la mare és bo i rep la atenció sanitària adequada, els riscos poden arribar a disminuir. Aquest augment de parts ens fa plantejar conèixer més profundament les repercussions en aquestes dones a nivell obstètric.

Altres variables biomèdiques:

Arribem a la conclusió que la gestació és diferent en cada grup d'edat materna i que no hi ha un estàndard descrit en la bibliografia sobre els tipus de parts en diferents edats. Per això, hem comparat més variables.

Si comparem diferents variables en els diferents grups d'edat, segons els Indicadors de salut perinatal a Catalunya durant 2012, trobem que, per exemple, les taxes de prematuritat a Catalunya són més elevades en ET(8,7%) seguides en EP(8%) i ER (6,5%). Publicacions nacionals¹¹, mencionen major risc de part prematur en EP. Altres estudis recents contradiuen aquest fet, on situen més nadons prematurs a edats joves i ninguna diferència significativa en edats majors¹⁴. És vital el coneixement d'aquesta variable donat que els majors valors de mortalitat neonatal es produeixen en nadons nascuts prematurament i poden tenir repercussions a llarg plaç.

En quan al pes, els valors més freqüents són de normopes, majors en ER amb un 87,3%. El baix pes té més repercussions en edats joves amb un 9,7% seguides d'un 9,1% en edats madures. Estudis publicats renuncien la relació entre l'edat materna i el baix pes al néixer^{15,16}. El sobrepès és menys usual però predomina en ER i ET.

L'alimentació és una de les altres variables. Cal destacar la importància d'aquesta, ja que és un factor fonamental per un bon desenvolupament del nadó. La principal font d'alimentació en els grups d'edat és l'alletament matern. Aproximadament, 4 de cada 5 dones són partidàries d'aquest tipus d'alimentació, independentment de l'edat, deixant de banda l'alimentació artificial que predomina en edats majors amb un 18,7%. Hi ha casos aïllats d'alimentació parenteral no estadísticament significatius¹⁷.

Finalment, avaluem el tipus de part. El part pot ser eutòcic, si es normal, o distòcic si presenten complicacions (dilatació lenta, presentació podàlica, hipodinàmia,...). El part normal es presenta amb major freqüència en edats recomanades. Però del total de parts distòcics, els valors més elevats també es troben en ER, seguits per edats madures amb la meitat dels casos (32-35%) i edats joves amb un 1% dels parts.

També es poden classificar segons l'ús d'ajudes externes. La prevalença és d'un part normal sense ús d'instrumental, ja que pot donar més complicacions i major risc d'infeccions. L'índex de cesària a Catalunya ha augmentat lleugerament des de l'any 2008, fins un 23,10% al 2011, situant-se com al segon tipus de part més comú¹⁸.

Tipus de Part	< 20 anys	20-34 anys	> 35 anys
Normal	74,2%	61,6%	53%
Cesària	14,4%	25%	35,7%
Mitjançant ventosa	1,8%	4,5%	4,4%
Fòrceps	9,3%	8,5%	6,6%
De natges	0,3%	0,3%	0,3%

Taula 1. Distribució del tipus de part en funció de l'edat de la mare¹⁷

Com s'aprecia en la taula anterior, els parts normals i mitjançant fòrceps predominen en edats joves i augmenta el valor a major edat. Mentre que en ET, l'índex de cesària és més freqüent disminuït a menor edat. Els parts mitjançant ventosa o natges són els menys comuns¹⁷.

2.1 Objectius

Un cop avaluats alguns dels factors que intervenen en la gestació, part, puerperi immediat i desenvolupament del nadó i els resultats materns i perinatals que es presenten, trobem imprescindible:

- Estudiar i conèixer la població per a poder prestar atenció sanitària especialitzada en aquests col·lectius segons les seves necessitats.
- Conèixer l'associació entre l'edat materna i algunes variables biomèdiques de l'Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella (HCSJC) en la seva variable obstètrica durant l'any 2013.

3. MATERIAL I MÈTODES

Es tracta d'un estudi observacional descriptiu de caràcter retrospectiu sobre totes les dones que van donar a llum al HCSJC durant l'any 2013 (Gener de 2013 - Desembre 2013). La població de referència d'aquest hospital comprèn les següents poblacions: Blanes, Calella, Pineda de Mar, Lloret de Mar, Vidreres, Fogars de la Selva, Tordera, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Sant Pol de Mar, Santa Susana, Tossa de Mar, Palafolls, Sant Iscle de Vallalta i Sant Cebrià de Vallalta.

Es van realitzar un total de 997 parts, dels quals hem pogut extreure dades de 925 individus (93% de la mostra total). S'ha inclòs la població de referència que manifestava risc baix-mitjà durant l'embaràs, assumible per un Hospital General Mitjà₁₈ (segons els requisits de la Llei 14/1986, del 25 d'abril General de Sanitat₂₀). També les urgències immediates assumibles. S'han exclòs avortaments i els embarassos que es van haver de derivar a altres hospitals donada la seva complexitat.

Les dades s'han obtingut a través d'un formulari estructural procedent de la Història Clínica Electrònica amb dades del Carnet de la Embarassada i informació del part i puerperi del Llibre de Parts, completada pels professionals obstètrics del HCSJC, proporcionades pel Cap de Documentació Clínica.

Les variables s'han definit segons el Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya₁₉, el Protocol d'Assistència al Part i al Puerperi i d'Atenció al Nadó₂ i altre bibliografia específica sobre el pes neonatal_{21,22}. S'ha analitzat la relació entre l'edat materna com a variable d'estratificació amb les següents variables:

- *Avaluació del risc durant l'embaràs;*
- *Vacunació antitetànica (correcte/incorrecte);*
- *Setmanes de gestació (SG) (preterm abans de les 37 setmanes, a terme des de la setmana 37 complerta a la setmana 42 complerta, perllongat a partir de l'últim dia de la 42a setmana);*
- *Avaluació del risc en el moment del part;*
- *Començament del part (espontani, induït o cesària electiva);*
- *Tipus de part (segons eutòcic, fòrceps, thierry, vacumm, cesària);*
- *Número de fetus (únic o múltiple);*
- *Anestèsia (cap, local, epidural, raquídia, general);*
- *Episiotomia (si/no);*
- *Test de coombs (segons positiu dèbil, negatiu, positiu);*

- *Paritat* (definint a-b-c-d, a: nombre d' embarassos a terme, b: nombre embarassos prematurs, c: avortaments d: fills nascuts vius i avaluant l' interval "d");
- *Sexe del nadó* (masculí/femení);
- *Alletament* (matern o artificial);
- *Pes del nadó* (baix pes (<2500gr), normopes (2500-4000gr), sobrepès (>4000gr)).

Les limitacions del estudi són d' una banda, les utilitzades per a la recollida d' informació, on la novetat del sistema utilitzat pot no ha permès abarcar el 100% de la informació. D' altre banda, les limitacions a nivell de la revisió bibliogràfica elaborada ja que s' han escollit només els articles en castellà i s' han exclòs aquells als quals no es tenia accés.

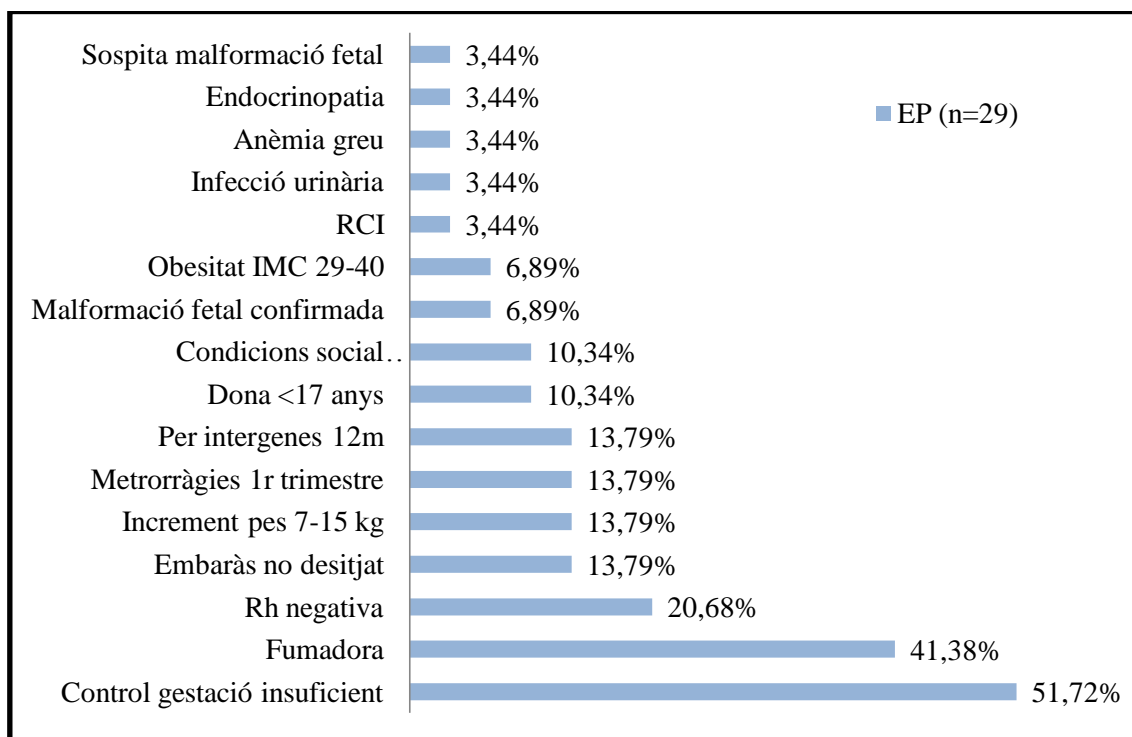
Les dades han estat proporcionades sense identificació dels pacients i la informació ha estat tractada amb màxima confidencialitat d' acord amb el Codi d' Ètica de l' HCSJC i la Llei 14/86 General de Sanitat, articles 10.3, 23 i 61₂₀. Han estat analitzades amb el software G-Stat analitzant els resultats sota mètode estadístic amb prova del Chi quadrat per a variables qualitatives i considerant significatiu un valor de p menor de 0,05.

4. RESULTATS

A continuació, s'exposen totes les variables, comparades amb els diferents grups d'edat materna segons la prevalença en les dones de la població de referència.

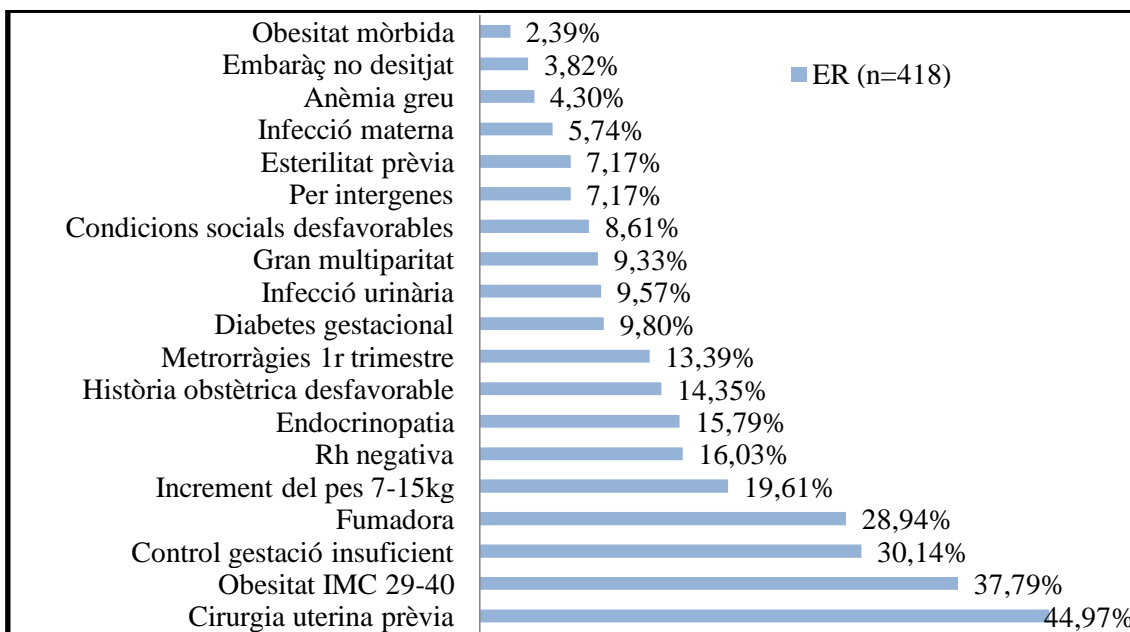
Dels 925 parts que hem pogut extreure dades, el 4% de les dones examinades es troben en edats joves amb 38 naixements, seguidament del 19% en edats tardanes amb 173 parts i el 77% en edats recomanades amb 714 parts. Totes les xifres han estat calculades segons el total de dades que hi havia registrades en cada variable i cada edat materna, excloent tota la informació no especificada. El total de la mostra es pot veure identificat en cada gràfic sota cada franja d'edat materna.

La Taula 2 resumeix la distribució dels principals *riscs durant l'embaràs* que es presenten en les dones menors de 20 anys. Cal especificar, que el risc que més es repeteix és el control insuficient de la gestació amb un total del 51,72% de dones, és a dir, 1/2 dones en aquesta franja d'edat. Seguidament es presenta el risc de ser mare fumadora amb 41,38% i Rh negativa amb 20,68%. De totes les dones examinades 29/38 dones (76,31%) presentaven riscos y factors de risc durant l'embaràs.



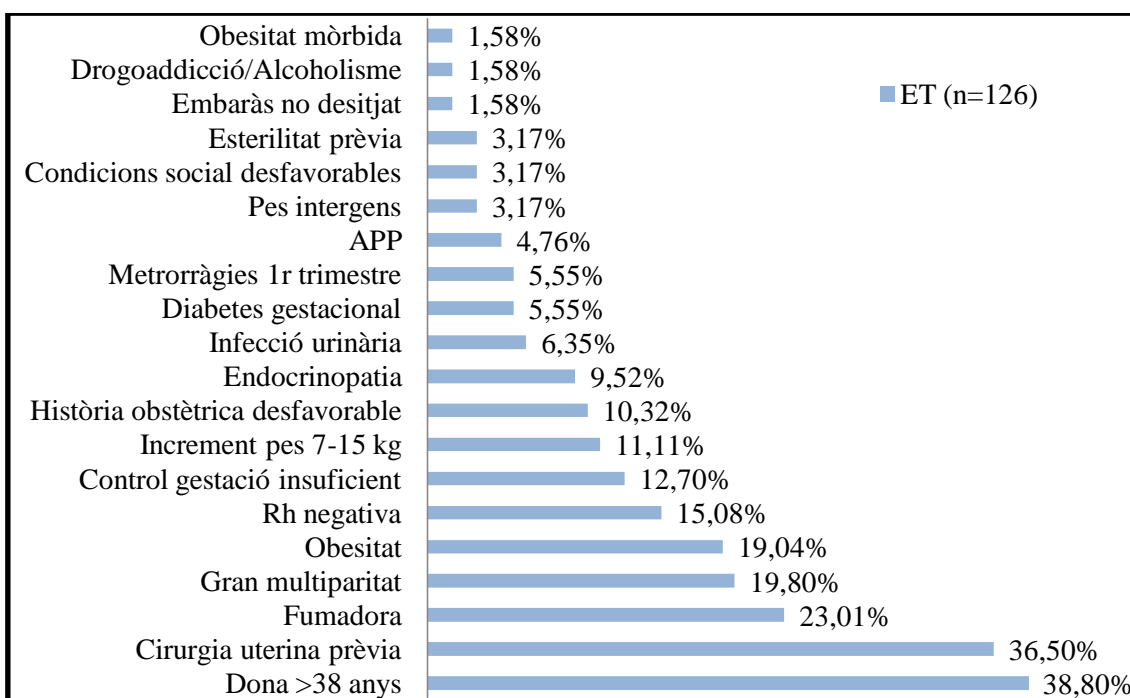
Taula 2. Avaluació del risc durant l'embaràs en dones menors de 20 anys

En quant a dones en edat recomanada, el 58,54% d'aquestes, presenten riscos durant l'embaràs. Els principals són la cirurgia uterina prèvia (44,97%), present gairebé en 1/2 casos, la obesitat (37,79%), el control insuficient de la gestació (30,14%) i ser fumadora (28,94%). Hi ha més riscos associats especificats en la Taula 3.



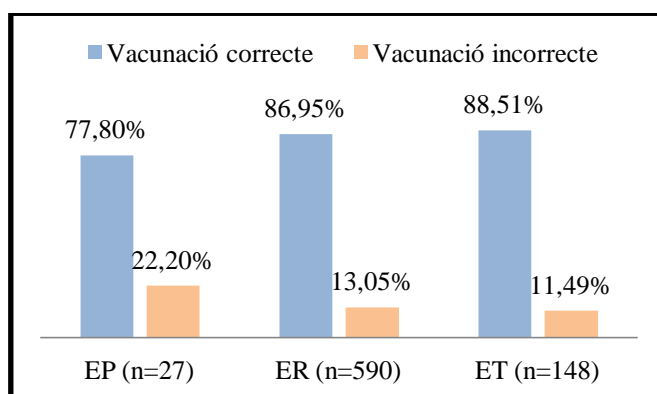
Taula 3. Avaluació del risc durant l'embaràs en dones d'entre 20-35 anys.

Finalment, en dones grans, el 72,83% presentaven algun tipus de risc. El principal és tenir més de 38 anys (38,80%), seguit d'haver passat alguna cirurgia uterina prèvia (36,50%) i en menor valor, ser mare fumadora (23,01%). També hi ha altres riscos identificats en la Taula 4.



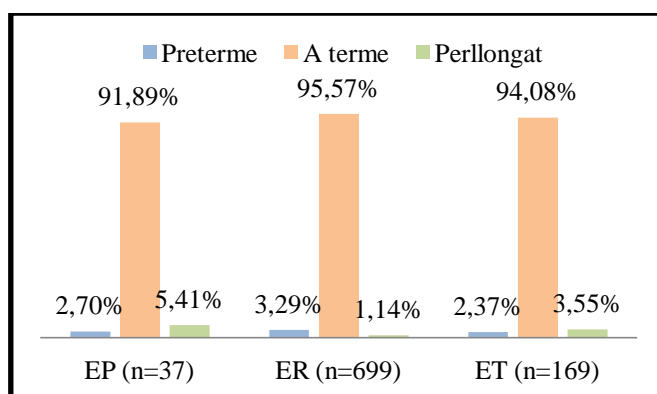
Taula 4. Avaluació del risc durant l'embaràs en dones majors de 35 anys.

En relació a la *vacunació antitetànica*, del total de parts, el 86.93% de les dones tenen una vacunació correcta, amb un lleuger augment de vacunats quan s'augmenta l'edat. No s'ha trobat significació estadística per a la variable en relació a les diferents edats maternes. En la taula 5, podem veure la distribució que segueix aquesta variable



Taula 5. Vacunació antitetànica

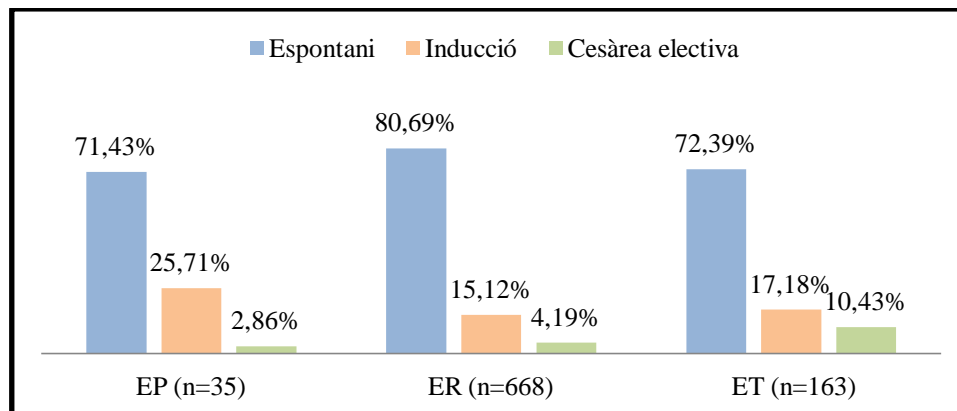
Per a les setmanes de gestació, el 95% dels nadons nascuts a l'HCSHC neixen a terme, el 3,2% neixen amb menys de 37 SG i el 1,8% amb més de 42 setmanes. En els embarassos de dones joves, s'identifiquen els índex més elevats d'embaràs perllongat, amb absència de significació estadística. Mentre que els nadons nascuts preterme són més freqüents en ER. En la taula 6, s'observen els resultats d'aquesta variable.



Taula 6. Setmanes de gestació

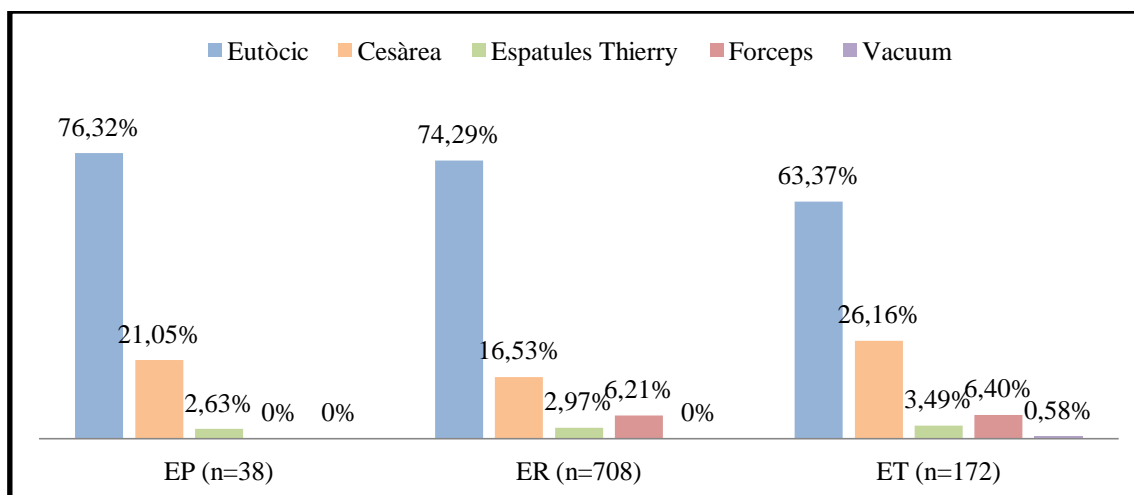
En el moment del part també s'identifiquen riscos, que poden donar lloc a complicacions maternes i neonatals i fins i tot a la mort del nadó. El principal és ser portadora d'estreptococ, el qual, s'identifica com a més prevalent en totes les edats examinades. Altres riscos presents en totes les franges d'edat, però menys usuals, són l'anèmia lleu o moderada, el trencament prematur de la membrana o la presència de líquid meconial.

Els resultats obtinguts en la variable *començament del part* identifiquen una prevalença de l' inici espontani del part en general amb més de 3/4 parts, amb major nombre en ER. L' anàlisi del Chi-cuadrat mostra diferències significatives per als valors estudiats. La taula 7, destaca els valors obtinguts, amb major inducció mèdica del part en EP i major realització de cesària electiva en ET.



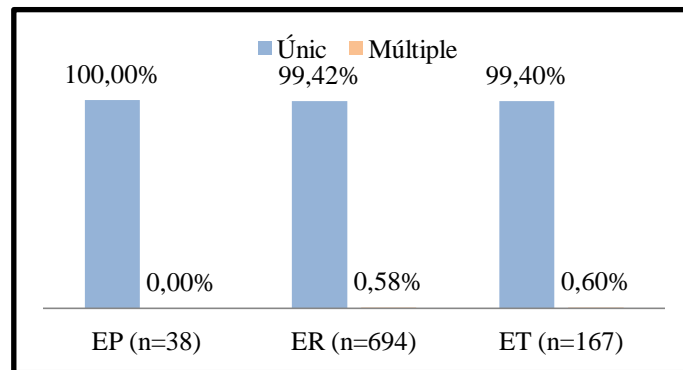
Taula 7. Començament del part

La Taula 8 presenta la distribució segons el *tipus de part*. S' ha valorat amb quin procediment ha finalitzat el part. En cas d' haver començat utilitzant fòrceps i haver acabat realitzant el part mitjançant cesària s' ha comptabilitzat com a dada aquesta última. D' aquesta manera, identifiquem un 72% de parts eutòcics, és a dir, no instrumentats, més freqüents en edats joves. També trobem significació estadística en la distribució d' aquesta variable segons l' edat materna. En la taula 5, es troben especificades aquestes dades, amb un augment de l' ús d' espàtules i fòrceps al augmentar l' edat i uns índex de cesària més prevalent en ET, EP i ER, progressivament. La utilització de vacuum és pràcticament inexistents amb un total de 1 part durant tot l' any.



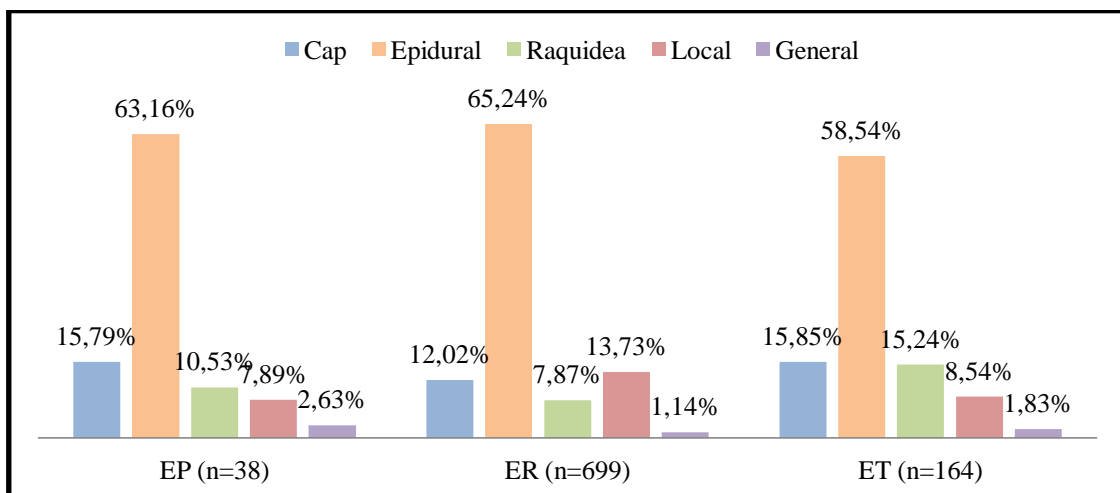
Taula 8. Tipus de part

En quant al *nombre de nadons* nascuts vius resultants de l'embaràs és més freqüent el fetus únic, sense significació estadística. Els embarassos múltiples són molt poc usuals amb un total de 5 parts durant tot l'any i sent absents en alguna franja d'edat. S'observen els resultats en la Taula 9.



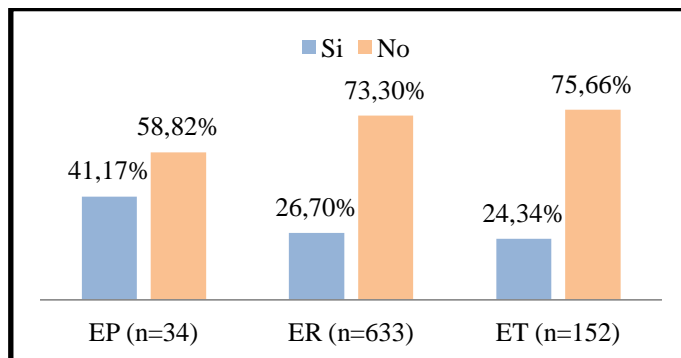
Taula 9. N° de fetus

Per avaluar la variable *anestèsia* també s'ha enregistrat l'últim tipus d'anestèsia que s'ha utilitzat (ex: epidural|general, s'ha comptabilitzat l'anestèsia general). El 87,1% de les dones van requerir algun tipus d'anestèsia. Dins de les diferents edats, totes presentaven freqüències semblants: EP el 84,21% dels parts amb anestèsia, ER el 87,98% i en ET el 84,14%. L'anàlisi del Chi-cuadrat mostra diferències significatives per a aquesta variable al comparar-la amb els diferents grups d'edat materna. El procediment més freqüent és l'epidural seguit de cap anestèsia en edats precoces i tardanes, i anestèsia local en edats recomanades. En la taula 10, queden especificades les dades.



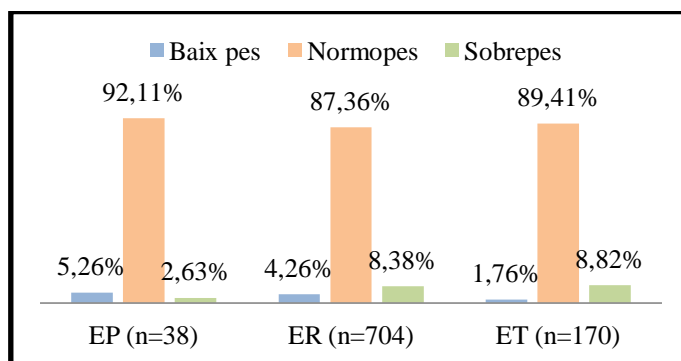
Taula 10. Anestèsia

La Taula 11 mostra la prevalença de la realització d'episiotomia. No mostra significació estadística per a les diferents edats. L'ús del procediment és freqüent en 1/4 dones que han donat a llum en aquest hospital i disminueix al augmentar l'edat amb la major freqüència en edats joves.



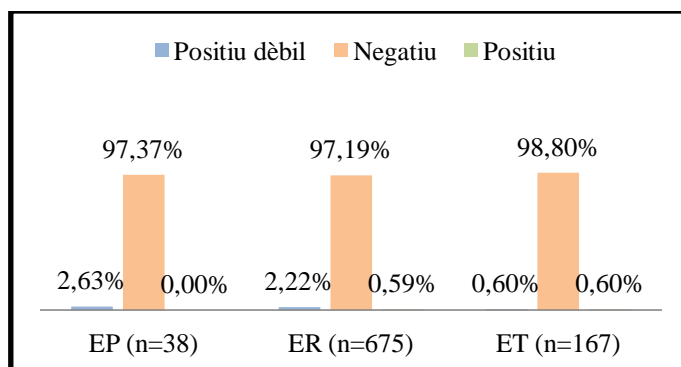
Taula 11. Episiotomia

La Taula 12 mostra la distribució de pes del recent nascut. Prevalen els valors de normopes identificant el 88% del total de les diferents franges d'edat. Els majors índex de sobrepès es troben ER i ET, sense significació estadística. Mentre que el baix pes és més freqüent en EP.



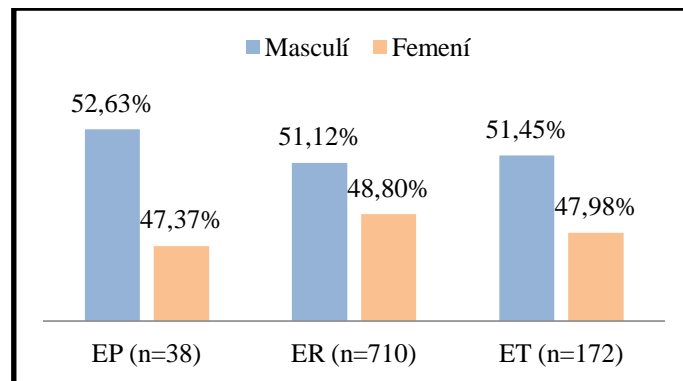
Taula 12. Pes del nadó

Per al test de Coombs, no hi ha significació estadística, sent més freqüent el resultat negatiu en totes les franges d'edat. En la Taula 13 es veu la distribució i els resultats per aquesta variable.



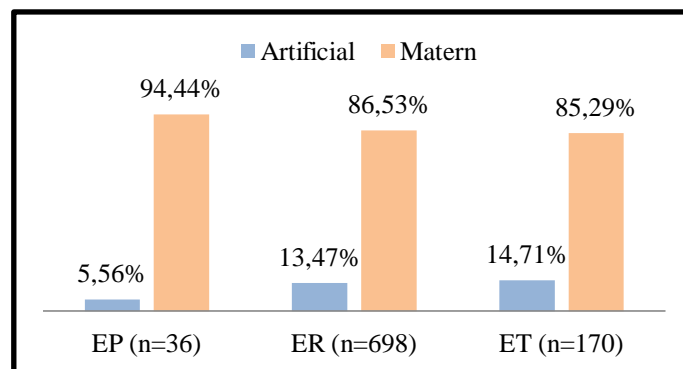
Taula 13. Test de Coombs

El predomini del *sexe* en els nadons és el masculí, en totes les franges d'edat, amb un 1/2 nascuts barons. No existeix significació estadística per aquesta variable descrita en la taula 14.



Taula 14. Sexe

Per finalitzar, les dones, en general, tendeixen a realitzar *alletament* matern (86,6%).. A mesura que augmenta l'edat disminueix aquesta xifra i augmenta la lactància artificial. Posteriorment analitzarem aquesta dada detallada en la Taula 15.



Taula 15. Alletament

5. DISCUSSIÓ

De manera similar al que s'ha observat en altres poblacions y els resultats presentats en aquest estudi, es senyalen unes xifres de part, distribuïdes en les diferents edats maternes. El 2% dels embarassos en EP a Catalunya no diferien molt dels resultats obtinguts, sense significació estadística, amb un 4% dels parts en aquesta franja d'edat. La prevalença en altres edats, segons la revisió bibliogràfica realitzada, es situava en el 31% dels parts en ET i el 67% en ER, mentre que a la mostra aquestes xifres se situen en 19% i 77% respectivament. Amb el que es presenta una disminució de parts en ET en la població estudiada.

Es confirma l'augment de riscos, durant l'embaràs i en el moment del part, en les edats extremes (EP i ET)². del nostre estudi, on es troba en ER i ET un 76,3% i 72,83% de dones que presenten riscos front a un valor disminuït del 58,54% en dones en ER.

La prevalença dels tipus de *riscs associats a l'edat materna* difereixen molt en totes les edats. En EP els principals riscos que s'associen, segons articles revisats, són l'anèmia, les APP i tenir un nadó post-terme⁸. El present estudi destaca els principals riscos en un control insuficient de la gestació (51% dels casos) i ser mare fumadora (41,38%), deixant de banda la bibliografia, que situa l'anèmia en el 14è risc més usual, sense casos aparents per als altres riscos.

No s'ha trobat bibliografia específica per als riscos en edats adequades. En els resultats descrits, preval la cirurgia uterina prèvia (44,97%) i la obesitat (37,79%), com a riscos més freqüents.

La bibliografia revisada¹², senyala els principals riscos durant l'embaràs en ET, la diabetis gestacional i les metrorràgies en el primer trimestre, sense significació estadística de la hipertensió arterial¹¹. Segons els resultats finals del nostre estudi aquestes complicacions difereixen molt, situant la diabetis i les metrorràgies com a 12^a i 13^a complicació més freqüent, respectivament, sense significació estadística per a la hipertensió arterial.

La revisió bibliogràfica realitzada no ha mostrat informació en quant a la correcta o incorrecta vacunació antitetànica de les dones embarassades, ni en quant a l'anestèsia utilitzada per als diferents grups d'edat materna.

El 99,44% dels embarassos donen fetus únics amb major prevalença de *parts múltiples* en ER i ET per igual, sense mostrar significació estadística. Contràriament, estudis mencionats⁴, defineixen major prevalença de fetus dobles i triples en ER.

Les *setmanes de gestació* tenen un pes important a l'hora d'obtenir bons resultats perinatals. La major taxa de prematuritat a Catalunya se situa en un 8,7% en ET³, molt per sobre de la obtinguda en aquest estudi, situant-se en un 3,5% dels parts en aquesta franja d'edat, i senyalant un 3,29% de parts prematurs en ER. Contràriament a totes aquestes dades, altres estudis situen major prematuritat en EP⁸.

Un altre factor condicionant de bons resultats materns i perinatals resultants de l' embaràs és l' índex de cesària. Aquest, es situa en un 23,1% després d' haver augmentat en els últims anys¹⁷. L' HCSJC comprèn aquesta xifra en 18,51% dels parts en l' any 2013. Obtenim en tots dos casos el segon tipus de part més comú i més present en ET, tant en la bibliografia, com en l' estudi.

El 72% dels parts són eutòcics, amb major nombre de casos en edats joves i augment del part instrumentat a mesura que augmenta l' edat. Segons la bibliografia, aquesta xifra es veu augmentada, situant-se en el 88,68% dels parts, 16 punts per sobre. La inducció mèdica mostra resultats diferents entre el descrit en aquest estudi i el que hi ha publicat. El present estudi identifica major índex d' inducció en edats joves (25,71%), seguits d' edats tardanes (17,18%). Aquesta xifra difereix en la bibliografia examinada, on situa aquesta xifra més usual en edats tardanes.

Concretant i incidint en el *tipus d' instrumental* utilitzat, es pot comparar la bibliografia de la Taula 1 i els resultats de la Taula 1 i Taula 5, on s'observa, que s' afirmen els tres tipus de part més usual (normal, cesària i fòrceps). D' altre banda, segons la bibliografia¹⁷, l' ús de fòrceps és més usual i més present en EP, ER i ET disminuint les xifres a 9,3%, 8,5% i 6,6% respectivament. Les dades descrites en els resultats contradiuen aquesta dada amb nul·la utilització de fòrceps en EP i prevalença de 6,21% en ER i 6,40% en ET. Els resultats d' aquest estudi també descriuen l' utilització d' altres tècniques com Espàtules de Thierry i Vacuum, diferents tècniques descrites en la bibliografia on mencionen el part mitjançant ventosa i concreten en el part de natges.

El *pes del nadó* determina el seu posterior desenvolupament i les complicacions perinatals immediates. En el present estudi, es troben els majors índex de baix pes en edats joves, tal i com afirma la bibliografia⁸. En quant al sobrepès, no s' ha trobat relació entre l' edat materna i aquesta variable, ni estudis publicats que ho relacionin amb una determinada edat, tot i que el present estudi mostra major incidència en ER i ET.

Les dades de la població de referència manifesten un predomini de la *lactància materna*, igual que en la població de Catalunya. La lactància artificial és sempre menys freqüent amb índex més elevats a mesura que s' augmenta l' edat fins a xifres de 14,7% a l' estudi realitzat i 18,7% segons els Protocols examinats.

Per a la resta de variables no s' han trobat articles a la bibliografia per a poder contrastar els resultats obtinguts.

6. CONCLUSIONS I IMPLICACIONS A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL I INNOVACIÓ

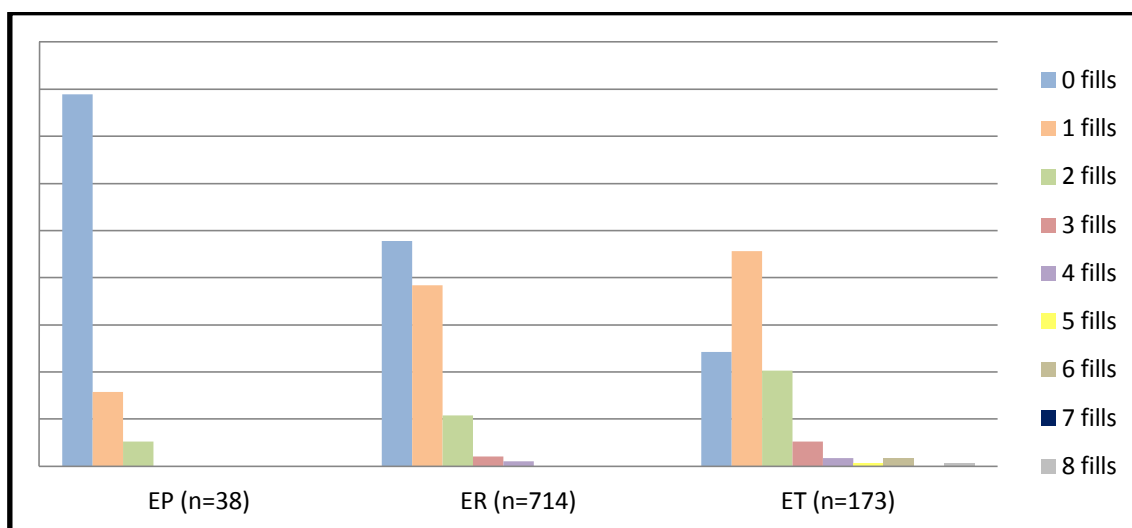
De totes les variables estudiades, en edats joves predominen la incorrecte vacunació, els embarassos prolongats la inducció mèdica del part, la realització d'episiotomia, nadons amb baix pes i l'alletament matern. D'altra banda, en edats recomanades, hi ha prevalença de nadons nascuts preterme i a terme, inici espontani del part i parts eutòcics. Per a ET, predomina la vacunació correcte, els majors índex de cesària, els parts distòcics, els valors més baixos d'episiotomia i majors d'alletament artificial. El sobrepès és igual de freqüent en ER i ET. Per finalitzar, els ítems comuns en totes les edats són el nombre de fetus únic, l'ús d'anestèsia, el test de coombs i el sexe del nadó.

Totes les variables i els resultats obtinguts que s'han mencionat ja es tenen en compte a nivell de praxis hospitalària, però n'hi ha que es poden reforçar i tenir més de cura un cop s'ha verificat l'existència de diferències estadístiques en diferents grups d'edat materna.

Podem concloure que la nostra població té major nombre de dones en EP i major nombre en ET, el que ens podria fer actuar en incidir més en la població jove per tan de disminuir aquesta xifra i per tant els riscos durant l'embaràs, part, puerperi i resultats perinatals. Es podria detectar la causa d'aquets embarassos en edats tan precoces, de vegades, són deguts a la falta de recursos i informació. Es podria realitzar campanyes a les escoles per tal de promoure l'ús del preservatiu i promocionar la consulta jove per tal d'oferir atenció en aquest col·lectiu. La xifra de parts en ET segueix sent elevada (19% dels parts), segurament, degut a la situació econòmica i social actual. L'actuació en aquets grups d'edat és més complicada però s'hauria de informar a totes les dones de les possibles complicacions esmentades que presenta al quedar embarassada amb certa edat.

En quant als riscos durant l'embaràs, les dades obtingudes ens verifiquen l'augment del risc en les edats extremes, de tel manera, que s'han de vigilar aquets col·lectius i proporcionar l'atenció adequada per tal de disminuir complicacions. Un cop observats la prevalença dels diferents riscos, concloem que en EP són, principalment, d'estils de vida (control insuficient de la gestació i ser mare fumadora) en els quals podríem incidir de manera activa per a disminuir-ne la prevalença, realitzant educació sanitària i fent un seguiment més estricte durant l'embaràs. En altres edats, aquets riscos no es poden modificar però un cop identificada la seva elevada freqüència d'aparició, es pot fomentar la seva detecció precoç per evitar possibles complicacions.

L'alletament artificial és més freqüent a mesura que augmenta l'edat, segurament, degut al impediment que comporta, principalment, a l'hora de compaginar-ho amb l'activitat laboral i familiar. Com a resultat de relacionar l'edat materna amb el nombre de fills (Taula 16), s'observa que a mesura que augmenta l'edat, com és evident, augmenten el nombre de fills. Això pot arribar a ser un inconvenient a l'hora de realitzar lactància materna de manera continuada. La principal actuació seria proporcionar tot tipus de facilitats a les mares i realitzar educació sanitària sobre els avantatges i inconvenients i sobre tot el procés de l'alletament, ja que moltes de les causes d'abandonament són per falta d'informació.



Taula 16. Nombre de fills

Cal fomentar la vacunació, sobretot en edats joves, per tal de quedar ben coberts immunològicament.

En quant a la utilització d'anestèsia, aquestes xifres es podrien disminuir, això si, fent promoció i implicant a les llevadores i ginecòlegs a proporcionar mètodes naturals per al maneig del dolor ginecològic, com per exemple, fer petites immersions a l'aigua, fer injeccions intradèrmiques d'aigua estèril, acupuntura, fer canvis freqüents de posició i fins i tot tècniques de relaxació. Això permetrà una recuperació de la mare i inici de lactància més ràpida, amb els avantatges que això comporta.

La episiotomia està directament relacionada amb l'augment de l'edat materna això pot ser degut a que al tenir més nombre de fills i haver passat pel treball de part, la zona perianal ja ha estat treballada i és més laxa. Per a les dones primíparaes, es podrien realitzar tècniques que afavoreixin la dilatació i relaxin la zona, com massatges i exercicis de Kegel, per tal d'evitar estirps.

S'ha observat que no existeix unes característiques en general del part, puerperi, ni resultats perinatals sinó que cada població té les seves característiques pròpies i s'han d'intentar individualitzar les cures infermeres per tal de poder prestar millor atenció sanitària. Amb el present estudi hem identificat que l'HCSJC té semblances i diferències amb el que menciona la bibliografia estudiada. Les variables examinades que tenen semblança en ambos àmbits són el nombre de dones en EP, el nombre de nadons, el pes i la lactància materna. Per a la resta de variables, difereixen els resultats obtinguts del que es presenta a Catalunya en el mateix any examinat.

Hem identificat que, en la literatura, hi ha variables que no estan descrites en relació amb l'edat materna, el que no ens ha permès poder contrastar algunes variables estudiades amb el que es situa actualment en l'àmbit català.

La conclusió que s'extrau és que s'identifiquen diferències estadísticament significatives entre els diferents grups d'edat materna avaluades i les variables *començament del part, anestèsia i tipus de part*. Sense significació per a la *vacunació, setmanes de gestació, nombre de fetus, Test de Coombs, sexe, pes, alletament i episiotomia*.

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) Edat gestacional [Internet]. Rockville Pike: Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU; 2014. [consulta el 13 de Gener de 2014]. Disponible a:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002367.htm>
- (2) Protocol d' Assistència al Part i al Puerperi i d' Atenció al Nadó [Internet]. Catalunya: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003 [consulta el 1 de febrer de 2014]. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/protocolassiste_nciapart.pdf
- (3) Parts segons l' edat de la mare, tipus de part i maturitat [Internet]. Catalunya: Institut d' Estadística de Catalunya;2012 [consulta el 23 de gener de 2014]. Disponible en:
<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=3&V1=3&V3=36&V4=5121&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B>
- (4) Parts segons l' edat de la mare i multiplicitat [Internet]. Catalunya: Institut d' Estadística de Catalunya;2012 [consulta el 22 de gener de 2014]. Disponible a:
<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=3&V1=3&V3=36&V4=52&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B>
- (5) Chaviano Quesada J., López Sosa D. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev Cubana Aliment Nutr 2000; 14(2):94-9.
- (6) Huanco D., Ticona M., Ticona MC., Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev vnil obstet ginecol. 2012; 77(2): 122-128.
- (7) Furzán JA., Yuburí A., Eizaga S., García-Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas. 2010;118(2):119-126.
- (8) Valdes D., Essien J., Bardales J., Saavedra D., Bardales E. Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(2).
- (9) L' adolescent i el seu entorn en el segle XXI. Instantània d' una dècada [Internet]. Espplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu. [consulta el 2 de febrer de 2014]. Disponible a: http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1877.2-Faros_5_cat.pdf
- (10) Edat mitjana a la maternitat (per a tots els naixements), segons el MNP i l' enquesta demogràfica 2007 [Internet]. Catalunya: Institut d' Estadística de Catalunya;2013 [consulta el 15 de gener de 2014]. Disponible a:
<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=3&V1=3&V3=4848&V4=4855&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B>

- (11) Chamy P Verónica, Cardemil M Felipe, Betancour M Pablo, Ríos S Matías, Leighton V Luis. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. 2009; 74(6):331-338.
- (12) Nolasco Blé AK., Hernández Herrera RJ., Ramos Gonzalez RM. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex. 2012;80(4):270-275.
- (13) Heras Pérez B., Gobernado Tejedor J., Mora Cepeda P., Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obsétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Progresos de Obstetricia y ginecología; 2011;54(11):575-580.
- (14) Andorno A., Bello E., Martearena RE., Abreo GI. Embarazos en los extremos de la vida y resultados perinatales. Rev. posgrado VIa. Cátedra Med. 2011; 207.
- (15) Guevara Cosme JA., Montero Hechevarría E., Fernández Miralles RM., Cordero Isaac R., Villamil Blanco Y. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio. MEDISAN. 2009;13(2):1029-3019.
- (16) Domínguez Domínguez I. Estudio del bajo peso al nacer en Cayo Hueso. Rev haban cienc méd.2010;9(4):1729-519X.
- (17) Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2012. [Internet] Catalunya: Departament de Salut. ; 2012 [consulta el 10 de febrer de 2014]. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_d_e_salut/Salut_maternoinfantil/indicadors/indicadors_maternoinfantil_2012_complet.pdf
- (18) Evolución de la Tasa de Cesáreas Hospitales generales SNS Años 2001-2011 [Internet] España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consulta 17 de febrer de 2014]. Disponible a:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf.
- (19) Protocol de Seguiment de l' Embaràs a Catalunya [Internet]. Catalunya: Departament de Salut; 2005 [consulta el 29 de gener de 2014]. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/protocolseguim_entembaras.pdf
- (20) Catálogo Nacional de Hospitales 2013. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29/04/1986).
- (21) Protocolo Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología [Internet]. Bilbao: Asociación Española Pediatría; 2008 [consulta el 7 maig de 214]: Disponible a:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf
- (22) Protocolo Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología [Internet]. Bilbao: Asociación Española Pediatría; 2008 [consulta el 7 maig de 214]: Disponible a:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_1.pdf

ANNEX I: CRONOGRAMA DEL TREBALL D' INVESTIGACIÓ

ACTIVITATS	MESOS																																							
	Setembre '13				Octubre '13				Novembre '13				Desembre '13				Gener '14				Febrer '14				Març '14				Abril '14				Maig '14				Juny '14			
	SETMANES																																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
	TREBALL AUTÒNOM												TFG I								TFG II																			
Reunions de control																																								
FASE I: PLANTEJAMENT																																								
Presentació del projecte																																								
Aprovació del projecte																																								
Revisió bibliogràfica																																								
Entrega Memòria Seguiment																																								
Exposició Memòria Seguiment																																								
FASE II: EXECUCIÓ																																								
Recollida de dades																																								
Tractament de les dades																																								
Anàlisi informació																																								
FASE III: RESULTATS																																								
Resultats																																								
Conclusió																																								
Propostes i intervencions infermeres de millora																																								
Entrega Memòria Final																																								
Exposició Treball Investigació																																								