

Características personales y obstétricas de las gestantes según intervalo intergenésico

Personal and Obstetric Features of Pregnant Women According to Birth Interval

Milagros Castro Pareja¹ <https://orcid.org/0000-0001-8574-1147>

Vanessa Cano Flores¹ <https://orcid.org/000-0002-0568-9471>

María Escudero De la Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0001-9550-6589>

Katherine Cienfuegos Polinar¹ <https://orcid.org/0000-0002-3416-0067>

Oscar Munares-García^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7705-0530>

¹Universidad Científica de Sur, Facultad de Ciencias de la Salud. Instituto Nacional

Materno Perinatal, Hospital Marino Molina, Hospital San Juan. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia: omunares@cientifica.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La realidad procreativa de gestantes, lleva a la actualización de todas sus características personales y obstétricas que facilitarán su atención en el proceso del embarazo, parto y posparto.

Objetivo: Determinar las características personales y obstétricas de las gestantes, según intervalo intergenésico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal con 842 gestantes atendidas en tres hospitales de Lima, Perú, entre julio 2011 y abril de 2014. Para el análisis secundario, se emplearon cuestionarios de características personales y obstétricas como la edad extrema. Se catalogó el intervalo intergenésico corto al < 2 años; normal entre 2-5 años, y largo si es \geq 6 años. Se

aplicaron distribuciones de las pruebas de Ji al cuadrado y Kruskal-Wallis, $p < 0,05$.

Resultados: El 85,0 % se encontró en un rango entre 20-35 años de edad. Según características personales, cuanto más largo fue el intervalo intergenésico menor la proporción de gestantes jóvenes. Tampoco se encontraron variaciones según la ocupación materna. El intervalo intergenésico se relacionó con menor maltrato familiar. Según las características personales y obstétricas, conforme se incrementó el intervalo intergenésico, también ocurrió con la anticoncepción, con las edades extremas (> 35 años) y la mediana del peso del recién nacido.

Conclusiones: Se evidenció que, cuanto más largo era el intervalo intergenésico, menor el grupo de gestantes jóvenes. El intervalo intergenésico corto se relacionó con menor maltrato familiar, y en las características obstétricas conforme se incrementó el intervalo intergenésico también así la anticoncepción, las edades extremas y la mediana del peso del recién nacido.

Palabras clave: intervalo intergenésico; espaciamiento de nacimientos; intervalos de nacimiento.

ABSTRACT

Introduction: The procreative reality of pregnant women leads to the updating of all their personal and obstetric characteristics that will facilitate their care in the process of pregnancy, childbirth and postpartum.

Objective: To determine the personal and obstetric features of pregnant women, according to the birth interval.

Methods: An observational, retrospective, cross-sectional study was carried out with 842 pregnant women treated in three hospitals in Lima, Peru, from July 2011 to April 2014. For the secondary analysis, questionnaires on personal and obstetric characteristics such as extreme age were used. The short birth interval was classified at < 2 years; normal between 2-5 years, and long if it is ≥ 6 years. Distributions of the Chi-square and Kruskal-Wallis tests were applied, $p < 0.05$.

Results: 85.0% were found in the range between 20-35 years of age. According to personal characteristics, the longer the birth interval, the lower the proportion of young pregnant women. No variations were found according to maternal

occupation. The birth interval was related to minor family abuse. According to personal and obstetric characteristics, as the birth interval increased, contraception also increased with, as well as extreme ages (>35 years) and median newborn weight.

Conclusions: It was evidenced that the longer the birth interval, the smaller the group of young pregnant women. The short birth interval was related to minor family abuse, and in the obstetric characteristics, as the birth interval increased, contraception, the extreme ages and the median weight of the newborn also increased.

Keywords: birth interval; birth spacing; birth intervals.

Recibido: 16/09/2021

Aceptado: 15/02/2022

Introducción

El intervalo intergenésico (IIG) se refiere al espaciamiento de las gestaciones en una mujer en edad fértil, puede ser el período entre dos gestaciones, dos abortos o entre sus combinaciones.

El IIG se asocia a la morbilidad materna cuando se presenta en sus extremos, como es el caso del IIG corto (<2 años), que deja poco tiempo a la mujer para recuperarse de su primera gestación, lo cual incrementa la posibilidad de problemas en el embarazo, parto y puerperio. Por otro lado, los IIG largos (\geq 6 años) se asocian también a problemas del embarazo, parto y posparto,⁽¹⁾ que incrementan la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Identificar las características de los IIG permitirá actualizar la información y el manejo de estos grupos, debido a que los esquemas preventivos, así como los de atención materna, requieren de información para la implementación de sus estrategias. Las gestantes con IIG cortos⁽²⁾ presentan un patrón de rasgos personales y obstétricos, diferentes al patrón de los IIG largos⁽¹⁾ y, por ende, su esquema de intervención deberá ser diferenciado.

Zavala-García y otros señalan que en Latinoamérica la proporción de IIG está cambiando debido a los estilos de vida de las parejas actuales y sus ideales reproductivos,⁽¹⁾ y prevalece la posposición de sus embarazos. El objetivo de este estudio fue determinar las características personales y obstétricas de las gestantes según intervalo intergenésico.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal con 842 gestantes atendidas para parto en tres establecimientos de Lima:

- Instituto Nacional Materno Perinatal, perteneciente al Ministerio de Salud, que atiende pacientes de escasos recursos, aseguradas al Seguro Integral de Salud entre julio de 2011 y enero de 2012 (n= 334).
- Hospital San Juan de Lurigancho perteneciente al Ministerio de Salud, que atiende pacientes de escasos recursos, aseguradas al Seguro Integral de Salud entre febrero y abril de 2014 (n= 180).
- Hospital Marino Molina perteneciente al Seguro Social de Salud, que atiende a personas aseguradas y sus derechohabientes entre marzo y diciembre de 2011
- (n= 328) y, entre marzo de 2011 y abril de 2014.

El período intergenésico se clasificó en corto (<2 años), normal (de 2 a 5 años), y largo (de 6 y más años). Entre las variables personales se evaluaron: edad (en años), ocupación materna, nivel educativo (ninguno, primaria, secundaria, superior técnico y superior universitario), estado civil (unión estable, casada, soltera, otro) y episodios de maltrato familiar.

Entre las características obstétricas se evaluaron el uso de método anticonceptivo, edades extremas (menor de 19 o mayor de 35 años), multiparidad (más de 4 partos), número de gestaciones, partos e hijos vivos, controles prenatales y peso del recién nacido (g).

Se realizó el análisis secundario de las bases de datos de los tres estudios referidos al abandono del control prenatal, en Camarena,⁽³⁾ La Torre,⁽⁴⁾ y Munares,⁽⁵⁾ correspondientes a los tres establecimientos de salud, donde se entrevistaron las puérperas allí atendidas.

Procedimientos

Se revisaron las bases de datos en busca de los temas seleccionados en las tesis, posteriormente se generó la variable intervalo intergenésico en sus tres grupos (corto, normal y largo) y se cruzó esta variable con las características personales y obstétricas. Las mismas que fueron trasladadas a una hoja Excel. Se seleccionaron las variables señaladas y se tabularon los datos en tres tablas separadas en características personales y obstétricas. La información fue analizada y trasladada a un documento Word para presentar el informe.

Aspectos éticos

Por tratarse de un análisis secundario de base de datos, la información no presentó datos de identificación de las gestantes, las cuales se trabajaron bajo códigos. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las pacientes y en dos establecimientos de salud se presentaron a la aprobación por el Comité de ética del Instituto Nacional Materno Perinatal (Expediente N° 019218-10) y Hospital San Juan de Lurigancho (Carta N° 064-2012-UADI-HSJL).

Análisis de la información

Se realizó el análisis en una base de datos en SPSS v 20 para Windows. En las variables cuantitativas se aplicaron estadísticas descriptivas: promedio (\bar{x}), desviación estándar (s), mínimo (mín), máximo (máx), y los percentiles 25, 50 y 75. En las variables cualitativas se emplearon frecuencias (n) y porcentajes. Para la determinación de las pruebas de hipótesis en las variables cuantitativas se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$), y para la diferencia de las medias, se empleó la prueba

de Kuskall-Walis ($p < 0,05$). En las variables cualitativas se emplearon el Ji al cuadrado y la asociación lineal por lineal ($p < 0,05$).

Se analizaron todos los datos correspondientes a las gestantes de los tres establecimientos de salud de Lima, los cuales se presentaron en dos grupos: características personales y obstétricas.

Resultados

Con respecto a la edad, resultó importante señalar que se tuvieron porcentajes bajos o nulos en el grupo adolescente, comprendido entre 17 y 19 años. Se señaló que el grupo etario más representado fue el comprendido entre 20 y 35 años, que mostró una marcada diferencia entre el IIG corto (94,3 %), IIG normal (83,1 %), y el IIG largo (74,6 %). Es decir, cuanto más largo fue el intervalo, menor fue la proporción de gestantes entre los 20 y 35 años.

La mayoría de las pacientes eran amas de casa (66,0 %) y hubo variación entre el incremento del IIG y la ocupación. El nivel de estudio de la mayoría era secundario (67,6 %). Por otro lado, el 69,3 % de las parejas con unión estable tenían IIG corto, menor a lo reportado por el grupo de IIG normales (76,0 %), o IIG largo (79,5 %). Esto quiere decir, que el estado civil unión estable se incrementó según el IIG.

El 6,3 % de las pacientes que presentaron IIG corto, reportaron maltrato familiar. Esta proporción fue menor en los grupos de IIG normales (11,0 %), y de IIG largos (11,2 %) (tabla 1).

Tabla 1 - Características personales de gestantes según intervalo intergenésico en establecimientos de salud de Lima, Perú

Variables	Intervalo intergenésico (años)								p
	Corto (<)		Normal (2- 5)		Largo (> 6)		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad (años)									< 0,001
17 a 19	8	2,7	2	0,6	0	0,0	10	1,2	-
20 a 35	283	94,3	280	83,1	153	74,6	716	85,0	-
36 a 47	9	3,0	55	16,3	52	25,4	116	13,8	-
Md. (mín-máx)	25	(19-41)	28	(19-47)	32	(22-44)	27,5	(17-44)	-
Ocupación materna									< 0,001
Ama de casa	175	58,3	246	73,0	135	65,9	556	66,0	-
Obrera	35	11,7	15	4,5	15	7,3	65	7,7	-
Carrera técnica	21	7,0	18	5,3	7	3,4	46	5,5	-
Vendedora	17	5,7	15	4,5	11	5,4	43	5,1	-
Servicios	21	7,0	13	3,9	13	6,4	47	5,5	-
Comerciante	3	1,0	12	3,6	17	8,3	32	3,8	-
Profesional	10	3,3	12	3,6	5	2,4	27	3,2	-
Otro*	18	6,0	6	1,8	2	1,0	26	3,1	-
Nivel educativo									< 0,001
Ninguno-primaria	16	5,3	49	14,5	41	20,0	106	12,6	-
Secundaria	204	68,0	228	67,7	137	66,8	569	67,6	-
Superior técnico	59	19,7	46	13,6	20	9,8	125	14,8	-
Superior univ.	21	7,0	14	4,2	7	3,4	42	5,0	-
Estado civil									0,024
Unión estable	208	69,3	256	76,0	163	79,5	627	74,5	-
Casada	49	16,3	70	20,8	30	14,6	149	17,7	-
Soltera-otro	43	14,3	11	3,3	12	5,9	66	7,8	-
Maltrato familiar									0,047
Sí	19	6,3	37	11,0	23	11,2	79	9,4	-
No	281	93,7	300	89,0	182	88,8	763	90,6	-
Total	300	100	337	100	205	100	842	100	-

*Costurera, docente, secretaria, trabajo en restaurant, estudiante.

Características obstétricas

Con respecto al uso de método anticonceptivo, el 62,0 % tenía IIG corto, que es menor a lo reportado por el grupo de normales (68,6 %) o de IIG largo (76,3 %). Es decir, que conforme se incrementa el IIG, también se incrementa el uso de método anticonceptivo.

Por otro lado, el 3,7 % de edad extrema tenía IIG corto, lo cual es menor a lo reportado por el grupo de normales (17,3 %), o IIG largo (30,3 %). Es decir, que la proporción de IIG se incrementa, conforme se incrementa el porcentaje de gestantes con edades extremas. Finalmente, el 1,3 % de las pacientes que presentaron IIG corto tuvieron multiparidad. Esta proporción fue menor a los grupos de IIG normales (6,8 %) o de IIG largo (8,3 %) (tabla 2).

Tabla 2 - Características obstétricas de gestantes según intervalo intergenésico en establecimientos de salud de Lima, Perú

Características obstétricas	Intervalo intergenésico (años)								p
	Corto (< 2)		Normal (2- 5)		Largo (> 6)		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Uso de método anticonceptivo									0,007
Sí	111	62,0	140	68,6	100	76,3	351	68,3	-
No	68	38,0	64	31,4	31	23,7	163	31,7	-
Edad extrema*									< 0,001
Sí	9	3,7	44	17,3	50	30,3	103	15,6	-
No	234	96,3	210	82,7	115	69,7	559	84,4	-
Multiparidad**									< 0,001
Sí	4	1,3	23	6,8	17	8,3	44	5,2	-
No	296	98,7	314	93,2	188	91,7	798	94,8	-
Total	300	100	337	100	205	100	842	100	-

*menor de 19 y mayor de 35 años; **mayor de 4 partos.

Con respecto al peso del recién nacido (g), el 3330,0 del P₅₀ del IIG corto es menor a lo reportado por el grupo de IIG normales (3445,0), o del IIG largo (3515,0), lo cual quiere decir, que este se incrementa conforme el IIG (tabla 3).

Tabla 3 - Datos descriptivos de las características obstétricas de las gestantes según intervalo intergenésico en establecimientos de salud de Lima, Perú

Intevalo* intergen. (años)	n	x	s	Min.	Máx.	P25	P50	P75	K-S**	K-W
Número de gestaciones										< 0,001
Corto (< 2)	242	1,5	0,9	1,0	9,0	1,0	1,0	2,0	<0,001	-
Normal (2 a 5)	254	2,9	1,2	1,0	9,0	2,0	3,0	3,0	<0,001	-
Largo (6 y más)	165	3,1	1,3	1,0	8,0	2,0	3,0	4,0	<0,001	-
Número de partos										< 0,001
Corto (< 2)	242	0,8	0,9	0,0	7,0	0,0	1,0	0,0	<0,001	-
Normal (2 a 5)	254	2,0	1,0	0,0	5,0	1,0	2,0	2,0	<0,001	-
Largo (6 y más)	165	2,2	1,2	0,0	8,0	1,0	2,0	3,0	<0,001	-
Número de hijos vivos										< 0,001
Corto (< 2)	242	0,8	0,9	0,0	7,0	0,0	1,0	1,0	<0,001	-
Normal (2 a 5)	254	2,0	1,0	0,0	5,0	1,0	2,0	2,0	<0,001	-
Largo (6 y más)	165	2,2	1,2	0,0	8,0	1,0	2,0	3,0	<0,001	-
Número de controles prenatales										< 0,001
Corto (< 2)	242	6,6	2,8	1,0	13,0	4,0	6,0	9,0	<0,001	-
Normal (2 a 5)	254	5,5	2,6	1,0	12,0	4,0	5,0	7,0	<0,001	-
Largo (6 y más)	165	6,6	2,6	1,0	14,0	5,0	6,0	8,5	<0,001	-
Peso del recién nacido (g)										< 0,001
Corto (< 2)	242	3343,0	434,2	1520,0	4680,0	3105,0	3330,0	3610,5	<0,001	-
Normal (2 a 5)	254	3456,6	500,1	962,0	4665,0	3168,8	3445,0	3775,0	<0,001	-
Largo (≥ 6 y más)	165	3460,6	431,9	2100,0	4450,0	3194,0	3515,0	3762,5	0,088	-

*Valor p del Kolmogorov-Smirnov. **Valor p del Kruskal-Wallis.

Discusión

En las adolescentes solo se presentó intervalo del IIG corto y en un pequeño porcentaje (2,7 %), pues en este grupo etario generalmente no se presentan muchas gestaciones. Un estudio realizado determinó que este grupo se encuentra entre el 12 y el 13 %, ⁽⁶⁾ puesto que ello refleja una cantidad de embarazos en un determinado tiempo, que en el caso de las adolescentes no sería suficiente para tener intervalos de normales a largos.

En Chile identificaron que el 93,2 % de adolescentes con embarazos repetidos presentaron una gestación previa. ⁽⁷⁾ En ese sentido, se identificaría una pequeña proporción de intervalos cortos, reflejada en este grupo, que ya cuenta con más de una gestación, y esta última un embarazo. Ello podría reflejar que la proporción de adolescentes con más de una gestación, no es grande, pero permite señalar que existe y requiere atenciones personalizadas y manejos preventivos en cuanto a la planificación familiar.

Se ha determinado que el empleo de anticonceptivos y sus combinaciones pueden ser los más ideales para los adolescentes, ⁽⁸⁾ debido a que este grupo no debería tener gestaciones, ya que se espera que las mujeres consoliden sus ideales personales y educacionales que les permitan tener mayor oportunidades en la sociedad. El empleo de métodos anticonceptivos se asocia a IIG normales. ⁽⁹⁾

El IIG y la mediana edad son directamente proporcionales, o sea que el IIG aumenta cuando se incrementa la mediana edad. El reflejo del tiempo entre gestaciones se corresponde con la edad, es decir, a más edad, mayor IIG, el cual es de mayor de 60 meses. ⁽¹⁾ Esta información podría ser de utilidad para la atención de las mujeres en edad reproductiva, en la educación de la mujer y como elemento de identificación de IIG largos, que se asocian más a la morbilidad materna. En un estudio se indica que esta es la complicación que más se presenta durante la gestación, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y se necesita atención inmediata para evitar su muerte. ⁽¹⁰⁾ La gestación con una mediana de edad mayor se considera un riesgo, por ejemplo, la presencia del síndrome de Down es más frecuente en las gestantes de mayor edad. Un estudio indica que el riesgo de esta

enfermedad es de aproximadamente de 1/1500 a los 20 años, de 1/100 a los 35 años, de 1/100 a los 40 años y de 1/25 a los 45 años.⁽¹¹⁾

En el nivel superior universitario, la proporción de IIG corto es mayor (7 %) que el normal (4,2 %) o largo (3,4 %). Ello refleja que en las mujeres que terminan sus estudios universitarios. los ideales reproductivos son tener más de un hijo, por lo cual tienden a no espaciar de manera adecuada sus embarazos. Un estudio determinó que la edad ideal oscila entre los 25-30 años y el número de hijos deseados es de 2 o 3,⁽¹²⁾ debido a que el ciclo sexual hace que las mejores gestaciones se den en edades menores.

En el grupo con IIG largo el uso de métodos anticonceptivos es mayor (76,3 %) si se compara con el normal (68,6 %) o el corto (62,0 %). La utilización del método anticonceptivo tiene como objetivo central, controlar los embarazos, elemento fundamental de la planificación familiar. *Gutiérrez*, en su estudio indicó que esto permite a las familias obtener las metodologías necesarias para limitar la cantidad de embarazos.⁽¹³⁾ En otro estudio el método anticonceptivo oral fue el más utilizado (32,4 %),⁽¹⁴⁾ lo cual demuestra que las mujeres que emplean anticonceptivos prefieren espaciar sus embarazos. En el estudio que se presenta en todos los grupos comparados fue mayor al 60 %. En el grupo de intervalo intergenésico corto fue menor, es decir, las parejas con IIG corto emplean en menor porcentaje los métodos anticonceptivos. Debe tenerse en cuenta en las consejerías de educación a las mujeres, el potencial control de los embarazos a través de la planificación familiar. *Somogyi y Mora* demostraron que en los países en vías de desarrollo una de cada cuatro mujeres que se encuentran en edad reproductiva no desean quedar embarazadas y buscan espaciar los nacimientos.⁽¹⁴⁾ Se ha señalado que al espaciar los embarazos se reduce la morbilidad y la mortalidad infantil, porque tienen más tiempo para dedicar al niño. Se han observado cambios sostenidos a través de los tiempos y se ha hallado una reducción de la tasa de mortalidad infantil al 60,5 %.⁽¹⁵⁾

Conforme se incrementa el IIG, se incrementa la proporción de edad extrema (adolescente o añosa). Las edades extremas (adolescentes o menores de 19 años, añosas, o mayores de 35 años) presentan mayor morbilidad materna y

morbilidad perinatal cuando se embarazan.

La mortalidad materna en adolescentes de 10-14 años es alta con 33,8/100 000. Asimismo, el riesgo de mortalidad neonatal se encuentra duplicado en las mujeres menores de 15 años y en las de 40-44 años. En el caso de las mujeres de 45-49 años se identificaron mayores tasas de mortalidad fetal (28,6/1000), neonatal (12,75/1000) y materna (59,3/100 000).⁽¹⁶⁾

Conforme se incrementa el IIG, se incrementa la mediana del peso del recién nacido para el IIG corto (3330 g), para el IIG normal (3445 g) y para el IIG largo (3515 g). Cuanto más tiempo pasa entre gestaciones se refleja una mediana de peso mayor del recién nacido, es decir, los recién nacidos tendrán mayor masa corporal y por ende pueden ocasionar complicaciones en el parto, que pueden incrementar los casos de desproporción céfalo-pélvica e incrementar así las tasas de cesáreas hasta en un 57 % de los casos.⁽¹⁷⁾

Se concluye que, entre las características personales, cuanto más largo es el IIG, menor es la proporción de gestantes jóvenes. No se encontraron variaciones según la ocupación materna, pero se encontraron diferencias en el IIG según el estado civil. El IIG corto se relacionó con episodios de maltrato familiar.

Entre las características obstétricas observadas según se incrementó el IIG también se incrementaron el uso de un método anticonceptivo, las edades extremas y el peso del recién nacido.

Agradecimientos

A la Máster Ruth Otárola de la Torre y a la Máster Paola Camarena por la facilitación de la base de datos.

Referencias bibliográficas

1. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomón-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruíz R. Período intergenésico: Revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. 2018 [acceso 14/07/2021];83(1). Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052

2. Ojeda R, Ángel K, Rodríguez E, Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Revista de Ciencias de la Salud. 2016 [acceso 07/07/2021];3(8):38-42. Disponible en:

https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vo13num8/

3. Camarena Rodríguez P. Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – Essalud – 2011. (Tesis de Especialidad). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. [acceso 07/07/2021]. Disponible en:

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2954?show=full>

4. Otárola de la Torre R. Factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al abandono al control prenatal en centros y puestos de salud - San Juan de Lurigancho - 2012. (Tesis de Especialidad). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [acceso 07/07/2021]. Disponible en:

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5896?show=full>

5. Munares GO. Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011. (Tesis de Especialidad). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [acceso 07/07/2021]. Disponible en:

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3775>

6. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013;30(3):471-9.

7. González E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016 [acceso 07/07/2021];81(5):354-9. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500002&lng=es

8. Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016 [acceso 07/07/2021];42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es
9. Thiel de Bocanegra H, Chang R, Howell M, Darney P. Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(4):311. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.020>
10. Álvarez M, Hinojosa M, Álvarez S, López R, González G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011 [acceso 14/07/2021];49(3):420-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010
11. Martini J, Bidondo M, Duarte S, Liascovich R, Barbero P, Groisman B, et al. Prevalencia del síndrome de Down al nacimiento en Argentina. Salud Colectiva. 2019;15:1863. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1863>
12. Romo Martínez J. Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja: de sus experiencias y proyectos de vida, RMIE 2008 [acceso 14/07/2021];13(38):801-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v13n38/v13n38a6.pdf>
13. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013 [acceso 14/07/2021];30(3):465-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300016
14. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011 [acceso 14/07/2021];71(2):118-23. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200006
15. Céspedes B. Niveles diferenciales y factores determinantes en la transición de la mortalidad infantil en el Perú. Documento de Trabajo. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2008 [acceso

14/07/2021]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0898/Libro.pdf

16. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile. 2014 [acceso 14/07/2021];142:168-74. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>

17. Juárez Coello P. Amenazas a la seguridad de la paciente por la conducción del parto con oxitocina. Experiencia en un hospital público de Lima, Perú. Ginecol Obstet Mex. 2018 [acceso 14/07/2021];86(5):313-8. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500313

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Milagros Castro Pareja.

Análisis formal: Milagros Castro Pareja, Vanessa Cano Flores, María Escudero De la Cruz, Katherine Cienfuegos Polinar.

Redacción – borrador original: Milagros Castro Pareja, Vanessa Cano Flores, María Escudero De la Cruz, Katherine Cienfuegos Polinar.

Redacción – revisión y edición: Oscar Munares-García.