

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

FACULTAD DE ODONTOLOGIA – FOUNNE

Maestría en Gestión de la Salud Pública con Orientación en Prácticas Preventivas



TESIS:

“Relación de los factores de riesgo con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. José R. Vidal durante el año 2016”

Autor: Carlos Thompson

Directora de Tesis: Mgter. Viviana Lifschitz

Corrientes-Argentina

2018

DEDICATORIA

“PARA MI ESPOSA SOL Y MIS HIJAS LUA Y EMMA, MUJERES QUE ME APUNTALAN DÍA A DÍA Y COMPRENDIERON MIS HORAS DE ABANDONO POR EL TIEMPO DEDICADO A LA REALIZACIÓN DE LA CARRERA Y LA TESIS DE LA MAESTRÍA”.

AGRADECIMIENTOS

QUIERO AGRADECER A:

LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNNE POR EL APOYO OFRECIDO AL BRINDARME LA BECA CON LA CUAL HE PODIDO REALIZAR LA MAESTRÍA.

LOS DOCENTES DE LA MISMA, EN ESPECIAL AL DR. GABRIEL ACEVEDO, POR SU APOYO Y CLARIDAD EN SUS CONCEPTOS.

A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. JOSÉ R. VIDAL, AL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y AL DPTO. DE ADMISIÓN Y PRODUCCIÓN HOSPITALARIA, QUIENES ME FACILITARON LAS FICHAS PERINATALES PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

A MIS COMPAÑEROS DE GRUPO DEL CURSADO, CON LOS CUALES HEMOS COMPARTIDOS MUY BUENOS MOMENTOS.

Y FUNDAMENTALMENTE AGRADECER A MI DIRECTORA DE TESIS, VIVIANA LIFSCHITZ, POR LA PACIENCIA Y EL TIEMPO DEDICADO A LA SUPERVISIÓN DE ESTA TESIS.

ÍNDICE:

PAGINA

1- RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN	5
2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3- JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	9
4- FUNDAMENTO TEÓRICO	10
4. a Parto Prematuro.....	10
4. b Embarazo Adolescente.....	13
4. c Parto Prematuro y Embarazo Adolescente.....	16
4. d Parto Prematuro y Tabaquismo.....	17
4. e Parto Prematuro y Controles Prenatales en embarazadas Adolescentes...	19
5- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
6- METODOLOGÍA.....	24
7- PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	29
8- RESULTADOS.....	30
9- DISCUSIÓN.....	38
10- CONCLUSIONES.....	43
11- BIBLIOGRAFÍA	45
12- ANEXO.....	48
12.A FORMULARIO A (GRUPO CASOS) Y FORMULARIO B (GRUPO CONTROL).....	48
12.B NOTA APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.....	49
12.C CERTIFICADO DE MATERIAS APROBADAS DE LA MAESTRÍA.....	50
12.D CERTIFICADO DE PAGO DE ARANCEL COMPLETO DE LA CARRERA.....	51

1- RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo adolescente es una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente, la insuficiente cantidad de controles prenatales y la presencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo. La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado significativamente en el mundo, siendo en nuestro país cercano a 14,6%.

El parto prematuro o parto pretérmino (PP) es una enfermedad multifactorial, con múltiples causas que puede llevarlo a su desencadenamiento, las cuales pueden estar asociadas entre sí. Por otro lado alrededor del 40% de los casos no se reconoce un factor desencadenante siendo su causa desconocida.

Este estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el grupo etario materno, la cantidad de controles prenatales, el hábito tabáquico y el parto pretérmino en embarazadas adolescentes.

Es un estudio analítico, retrospectivo y observacional, de casos y controles. La muestra se constituyó por 60 casos (embarazadas adolescentes con parto pretérmino) y 120 controles (embarazadas adolescentes con parto a término). La recolección se realizó a través de formularios estructurados investigando las variables: grupo etario, cantidad de controles prenatales y hábito tabáquico. Para la ejecución se trabajó con las embarazadas adolescentes que ingresaron a la Maternidad del Hospital J. R. Vidal desde el 01/01/16 al 31/12/16, que cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Para el análisis estadístico de riesgo, ajustado por edad de la madre, cantidad de controles prenatales y hábito tabáquico presente en el embarazo adolescente se utilizan una tabla general que permite obtener el OR: odds ratio; p: nivel de significancia; NC: nivel de confianza.

Resultados: De los 60 casos de PP, 47 de ellos (78%) corresponden a prematuros leve, 9 casos (15%) prematuros moderados y 4 casos (7%) a prematuros extremos.

La población evaluada tiene una mediana de 17 años, con un rango que va de los 14 a los 18 años. Existen 70 adolescentes que pertenecen a la adolescencia media (38,9%) y 110 a la adolescencia tardía (61,1%), no existiendo en esta población embarazada pertenecientes a la adolescencia temprana.

Existió en esta población solo 2 casos de tabaquismo, de tipo pasivo, uno dentro de los

casos y otro en el grupo de los controles.

El promedio de número de controles prenatales es de 3,41 controles para el grupo de PP y de 5,23 para el grupo de PT. El 51,66% (31 pacientes) de las adolescentes con parto pretérmino tuvieron como máximo 3 controles prenatales. Solo el 28,33% (17 pacientes) de las adolescentes con PP tuvieron controles prenatales suficientes. En su mayoría, 68% (41 pacientes) de las que terminaron con un PP, no realizan controles antes de las 12 semanas de gestación.

En las embarazadas pertenecientes a la adolescencia media aumentó en 1,32 veces (IC: 0,70-2,48) las probabilidades de terminar el embarazo antes de las 37 semanas, en relación a las pertenecientes a la adolescencia tardía, con una "p" no significativa estadísticamente ($p= 0,38$).

Tener controles insuficientes o la falta el 1er control prenatal antes de las 12 semanas de gestación no ha demostrado un riesgo significativo para el PP, en la población evaluada respecto de las embarazadas adolescentes con parto de término, ya que solo generaron un riesgo de 1,17 (IC: 0,59-2,31; $p: 0,64$) y 1,20 (IC: 0,62-2,33; $p: 0,57$) respectivamente.

Al realizar un análisis de aquellas pacientes embarazadas adolescentes que tienen menos de 8 controles prenatales durante su embarazo, sin importar si el primero fue antes de las 12 semanas de gestación, se puede observar que el riesgo de tener un parto prematuro aumenta 6,15 veces (IC: 1,39-27,19; $p: 0,01$) con significación estadística. Este riesgo aumenta a medida que disminuyen el número de controles.

Conclusiones: Es de importancia reforzar la vigilancia sobre la cantidad y calidad de las consultas prenatales a las que acuden las jóvenes gestantes. En la presente investigación se identificó una alta tasa de inasistencia a los controles prenatales, dado que 51,66 % de las adolescentes gestantes que terminaron en un PP, tuvieron 3 o menos controles prenatales. Demostrándose aquí que a mayor número de controles prenatales disminuye el riesgo de tener un parto prematuro, actuando como un factor protector. Es importante la identificación temprana de los factores de riesgo (corta edad, bajo peso, anemia y bajo consumo dietético, infecciones, hipertensión, entre otros), para establecer las intervenciones necesarias que ayuden a evitar complicaciones.

2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente 15 millones de bebés nacen prematuros cada año. Más de 1 en 10 bebés nacen prematuramente, afectando a familias de todo el mundo. Más de 1 millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro. Muchos sobrevivientes enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje y problemas visuales y auditivos.³

Las tasas de nacimientos prematuros están aumentando en casi todos los países con datos fiables. El nacimiento prematuro es la causa principal de muertes de recién nacidos (bebés en las primeras cuatro semanas de vida) y actualmente es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de 5 años.

La prevención del nacimiento prematuro debe ser mejorada. La planificación familiar y un mayor empoderamiento de la mujer, sobre todo las adolescentes, además de mejorar la calidad de la atención antes y durante el embarazo, pueden ayudar a reducir las tasas de nacimientos prematuros.³

Las desigualdades en las tasas de supervivencia en el mundo son duras: la mitad de los bebés nacidos a las 24 semanas (cuatro meses antes) sobreviven en países de altos ingresos, pero en países de bajos ingresos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes) siguen muriendo debido a la falta de atención efectiva, factible, y económica, apoyo a la lactancia y cuidados básicos para las infecciones y dificultades respiratorias.³

En la última década, algunos países han reducido a la mitad las muertes debido a nacimientos prematuros al garantizar que los trabajadores de primera línea estén especializados en el cuidado de los bebés prematuros y haber mejorado el abastecimiento de suministros y equipamiento.³

Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional. De los 11 países con las tasas de nacimiento prematuros de más del 15%, todos menos 2 están en África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen prematuros en comparación con el 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de los países, las familias más pobres están en mayor riesgo.³

La incidencia de parto prematuro es cercana al 10% del total de nacimientos del mundo, siendo en América del norte la frecuencia de 10,6% y el continente europeo de 6,2%.⁵

En nuestro país las cifras se mantienen alrededor del 8% en los últimos años habiéndose

registrado una mortalidad infantil de 12,1% por mil nacidos vivos en el año 2009.⁵

El parto pretérmino o prematuro (PP) es una complicación del embarazo que se ve habitualmente en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal.

Las madres adolescentes son susceptibles a este problema, ya que por la edad, constituyen un grupo de riesgo, que aumenta la morbimortalidad perinatal. En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.²¹

Estas embarazadas adolescentes además, concurren a la institución sin los controles prenatales necesarios, siendo la atención prenatal adecuada y precoz fundamental para que el embarazo y el parto se desarrollen sin complicaciones y lleguen a término.

3- JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La prematurez contribuyó en el año 2008 al 66% de la mortalidad infantil (MI) en la República Argentina. Por esta razón constituye un problema grave para la salud de los niños. Es causante del 50-70% de la mortalidad neonatal (MN) y del 50% de las alteraciones neurológicas.⁵

Es responsable además de complicaciones neonatales a corto plazo como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante entre otras. Y a largo plazo de complicaciones como la parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de la visión y pérdida de la audición.⁵

Los resultados obtenidos mediante este estudio podrán ser aplicados en la maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal y en otras maternidades de la región, lo que permitirá a los profesionales de salud detectar grupos de riesgo con factores predisponentes para el parto pretérmino, y así poder conformar un equipo multidisciplinario para controlarlos durante el desarrollo del embarazo buscando evitar el parto pretérmino. Además brindará información tanto para la capacitación de profesionales, como para la realización de campañas educativas dirigidas a jóvenes adolescentes, para la concientización de lo que acarrea el embarazo precoz y sus posibles consecuencias como ser el parto pretérmino.

4- FUNDAMENTO TEÓRICO

El nacimiento pretérmino puede hacer que el parto no sea un acontecimiento alegre sino que constituya el inicio de un camino de incertidumbre, interrumpiéndose el contacto afectivo madre-hijo con aparición de problemas de salud para el neonato, donde las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes.

4. a - Parto Prematuro o Parto Pretérmino (PP)

Definición:

El parto prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación según Organización Mundial de la Salud (OMS). El límite inferior de edad gestacional (EG) que separa el parto prematuro del aborto, de acuerdo con las OMS, es de 22 semanas de gestación, 500 gr de peso o 25 cm de corona a rabadilla.²⁻⁴⁻⁵

Para su estudio conviene dividir la prematurez en tres grupos según su edad gestacional: prematuridad extrema (20-27 semanas de gestación), prematuridad moderada (28-31 semanas de gestación), y prematuridad leve (32-37 semanas de gestación).³⁻⁵

Clasificación:

Los nacimientos prematuros pueden dividirse en dos categorías, los que son espontáneos por inicio precoz del parto o ruptura prematura de las membranas y los que son inducidos. Los partos prematuros inducidos pueden ocurrir cuando la salud de la madre o del feto está en peligro, como en la pre-eclampsia (presión arterial peligrosamente alta durante el embarazo); por comodidad del médico, de la partera o de la madre; o por un error en la fecha del parto. Incluso los bebés que nacen unas semanas antes son más propensos a ser re-hospitalizados o tener problemas respiratorios u otras enfermedades.

Datos Epidemiológicos:

El parto prematuro constituye una grave complicación obstétrica, su incidencia general entre un 5-10% de todos los embarazos, no se ha modificado en las últimas tres décadas. A pesar de los progresos alcanzados en la vigilancia del embarazo y de los avances de la neonatología en el cuidado del recién nacido prematuro, su frecuencia no disminuye y sigue siendo la principal causa de morbilidad perinatal, dependiendo el riesgo de

muerte o enfermedad de los prematuros del peso al nacimiento y la edad gestacional al nacer.⁴

En centros hospitalarios de referencia la proporción es mucho más elevada, y se mueve en cifras cercanas al 15%. El diagnóstico precoz, mecanismo y manejo del mismo, constituye un problema aun no resuelto. Frecuentemente el parto prematuro necesita hospitalización y terapia tocolítica, en un intento de detener el proceso. Ello conlleva un elevado costo, siendo sus resultados objeto de controversia. Su seguridad ha sido cuestionada, y frecuentemente trae como consecuencia alteraciones psicológicas, tanto para la madre como para su entorno familiar.^{4,19}

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dependiendo el riesgo de muerte o enfermedad de los prematuros, del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer. La prematurez menor de 32 semanas, conlleva la mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de secuelas. Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento, presentando desde complicaciones leves (como hiperbilirrubinemia) hasta enfermedades graves como Enfermedad de Membrana Hialina (EMH), Hipertensión Intracraneal (HIC), sepsis, enterocolitis necrotizante (ECN), y por cierto, secuelas neurológicas. El 50% de las anomalías neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez, secuelas que incluyen desde anomalías leves de las funciones cognitivas hasta parálisis cerebral.⁴

Factores de Riesgo:

Se entiende al parto prematuro (PP) como una enfermedad multifactorial. Estos factores se conjugan en forma sucesiva y simultánea para desencadenar el nacimiento prematuro (NP) y que pueden variar no solo entre distintas gestantes sino también en los embarazos sucesivos de la misma mujer.⁵

Se presentan tres entidades clínicas bien definidas relacionadas con el PP:

1. Rotura prematura de membrana (RPM) 30%.
2. Nacimiento pretérmino indicado por causa materna o fetal (40%).
3. Parto pretérmino con membranas integra o idiopático (30%).

Entre los factores de riesgo de parto prematuro se encuentran:

- Antecedentes de partos pretérmino anteriores
- Antecedentes de abortos tardíos (posterior a 17 semanas)
- Antecedentes de fetos muertos
- Antecedentes de ruptura prematura de membranas
- Factores uterinos (malformaciones)
- Conización cervical
- El nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación)
- Edad materna menor de 18 o mayor de 40 años
- Stress, abuso doméstico, violencia familiar.
- Índice de masa corporal inicial bajo (< percentil 10)
- Estado civil
- Actividad laboral materna intensa
- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Pielonefritis
- Vaginosis bacteriana
- Infecciones de transmisión sexual
- Embarazo doble o múltiple
- Traumas físicos o emocionales graves
- Enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión)
- Complicaciones del embarazo (preeclampsia, rotura prematura de membranas, metrorragias del primer y segundo trimestre, oligo o polihidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones).⁵⁻⁶

Uno de los factores de riesgo del nacimiento prematuro que se tendrá presente en este estudio es la edad materna, en este caso las adolescentes, ya que representan un grupo de riesgo para el parto pretérmino.⁹

4. **b - Embarazo Adolescente**

Definición:

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre durante la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad; independiente de la edad ginecológica.⁷

Es una condición que mundialmente se halla en aumento, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados; se considera que esto se debe a múltiples factores entre los cuales se podrían mencionar: la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padres-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educativa información sobre el comportamiento sexual responsable y las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben vienen a través de filtros desinformados o compañeros sin formar. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, sin bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.⁷

Datos Epidemiológicos:

En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes, respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias, ya que en 6 de las 24 provincias el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.²¹

Corrientes y Formosa, a su vez, mostraron un ascenso del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes superior al 20%, constituyendo junto a CABA y San Juan, las

jurisdicciones con mayor incremento acumulado entre el año 2001 y 2011. La situación de Formosa es particularmente preocupante porque las mujeres de Formosa tienen 16 veces más riesgo de morir a lo largo de su vida reproductiva por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que las mujeres que residen en la Ciudad de Buenos Aires.²¹

En 2011, 36 adolescentes menores de 20 años fallecieron en Argentina por causas vinculadas al embarazo o el parto lo cual representa casi el 12% de la mortalidad materna en nuestro país. Investigaciones con mayor profundidad del campo de las ciencias sociales alertan sobre el hecho de que la alta frecuencia de embarazos no planeados en la población adolescente, aumenta el riesgo de exposición a un aborto inseguro, de abandono escolar y de limitaciones de acceso al mercado laboral condicionándose así las perspectivas de desarrollo personal, especialmente en las adolescentes de menores recursos.⁹⁻²⁰⁻²¹

Clasificación:

La OMS define como Adolescencia “a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica; considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente.”⁹⁻⁷⁻²⁰

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo: *adolescencia temprana* (10 a 13 años), *adolescencia media* (14 a 16 años) y *adolescencia tardía* (17 a 19). Se suele marcar a la pubertad como su comienzo y se la define por importantes cambios corporales que ocurren, siendo uno de ellos la eyaculación en el varón y la menarquía en la mujer que generalmente ocurren entre los 9 y 13 años.²⁰

En la *adolescencia temprana* por lo general la adolescente joven está ligada a su madre, hay negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.²⁰

Al impacto de los cambios que el embarazo impone, se sumará el que ha experimentado por la aparición de la pubertad, y la confusión mental que esto ocasione puede llegar a ser muy intensa. También, por la atención que la adolescente presta en esta etapa a su cuerpo, la posibilidad de experimentar algún dolor (extracciones sanguíneas para análisis, colposcopia, episiotomía, cesárea) le produce un intenso temor. Se debe tener en cuenta la

repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene el parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones, que no les permita ayudarla. Está comprobado que la mayoría de los embarazos que sobrevienen a esta edad son producto del abuso sexual o violaciones, por lo que la situación emocional de estas jóvenes es, muchas veces, muy dramática.

En la *adolescencia media*, hay dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo.

El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.²⁰

Se manifiestan sentimientos de invulnerabilidad, y la omnipotencia es una de sus características principales. Por este motivo, en muchas oportunidades, no concurren al control prenatal o no realizan los estudios solicitados. A veces, no manifiestan temor al parto, pero al comienzo de las contracciones suelen asustarse mucho.

En la *Adolescencia tardía*, existe adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.²⁰

Sobre todo cuando no hay otras opciones por su condición social (estudiar, acceder a trabajos donde pueda progresar), el embarazo suele ser el proyecto de vida, y aunque no lo hayan planificado, es como si lo hubieran estado esperando.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.²⁰

La atención del embarazo y del parto, en esta etapa, no muestra diferencias importantes con la de mujeres más grandes, y los riesgos tendrán relación con las posibilidades de realizar un buen control prenatal. La edad, o mejor dicho, la etapa de la adolescencia que estén atravesando, juegan un rol muy importante que debe ser tenido en cuenta.⁹

Adolescencia y Salud Reproductiva:

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incompreensiones donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual.

Esto lleva a considerar a las adolescentes como uno de los sectores de población con elevado riesgo reproductivo. Se necesita encaminar la educación hacia la prevención del embarazo en la adolescencia y la planificación familiar, con el desarrollo de una política de salud y de educación sexual y sanitaria encaminadas a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etario, garantizando un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para la descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.²⁻³⁻⁹

El abordaje del embarazo en la adolescencia requiere de una desagregación del concepto para ofrecer respuestas acordes a cada situación y con una mirada integral que contemple tanto la educación en salud sexual y reproductiva para proporcionar información objetiva e integral acerca de los métodos anticonceptivos, cubrir los vacíos de conocimiento acerca de su uso correcto y los efectos secundarios típicos, para mejorar su comprensión respecto del método y las posibles consecuencias del uso incorrecto. La disponibilidad de escuelas inclusivas y de maternidades seguras que garanticen una atención de calidad para el control prenatal y el parto son también fundamentales para evitar el abandono escolar o complicaciones por riesgos en el embarazo, parto y puerperio.²¹

4. c - Parto Prematuro y Embarazo Adolescente:

El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema de salud pública ya que trae aparejado elevado riesgo de complicaciones durante el mismo y durante el parto cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable.⁹⁻²⁰

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente, no son deseados y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de los métodos anticonceptivos en esas edades, como también favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad entre otros aspectos. Muchas veces estos embarazos se presentan como un evento no deseado o no planificado,

producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción de su grupo familiar. Es por eso que el trabajo con los adolescentes precisa ser puntual, creciente, paciente y sobre todo constante, para estar en condiciones de mejorar la salud sexual y reproductiva de las nuevas generaciones.

Aunque la correcta atención del embarazo puede minimizar los resultados desfavorables, esto no es así en la totalidad de los casos. Se reconocen una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto, afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos de la gestación, de parto y el puerperio.⁷⁻⁹

La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado significativamente en el mundo, siendo en nuestro país cercano a 14,6%. Las estadísticas demuestran que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en uno de los principales problemas de muchos países de Latinoamérica.⁹⁻²⁰

Es un problema de salud principalmente en los países subdesarrollados donde las jóvenes buscan una solución a su necesidad de afecto y estabilidad emocional en la unión a su pareja sobre todo a nivel sexual. La falta de conocimientos puede terminar en embarazos, que traen múltiples consecuencias entre las que se encuentra el parto pretérmino, el cual tiene repercusiones de salud psíquica, emocional, social y económica, que abarca todos los sectores de la sociedad. Las causas que determinan ésta patología pueden ser múltiples y variadas, entre las más importantes se incluyen la inmadurez física, pelvis y genitales no desarrollados, estrechez del canal de parto, nivel socioeconómico bajo, la edad y los problemas psicosociales.¹¹

4. d - Parto Prematuro y Tabaquismo:

Además de la edad temprana, como factor predisponente para el PP, otro factor asociado a éste, y que muchas veces se puede observar en las adolescentes es el consumo de sustancias tóxicas como ser el tabaquismo entre otros. El consumo de sustancias tóxicas durante la gestación es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. El tóxico de consumo más extendido es el tabaco, que multiplica por dos el riesgo relativo de partos

prematurados, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadoras.¹²

El tabaquismo durante el embarazo ha sido implicado en un gran número de patologías obstétricas, neonatales y del desarrollo. La exposición al cigarrillo in útero es considerada como una forma diferente de exposición pasiva, el feto no está directamente expuesto al humo. Las concentraciones de nicotina y cotinina en mujeres fumadoras durante el embarazo y en sus hijos al nacer, indican que estos últimos tienen exposición sistémica a las toxinas del tabaco desde el momento de la concepción, presentando los mismos niveles de nicotina que el fumador activo. Aunque la nicotina ha sido el compuesto del cigarrillo más estudiado, en el humo se encuentran presentes otros cientos de sustancias tóxicas.¹³

El cigarrillo provoca transitoriamente descensos en el flujo sanguíneo uterino, reduciendo el aporte de oxígeno desde el útero a la placenta. Los elevados niveles de carboxihemoglobina que se encuentran en la sangre materna y fetal pueden llevar a hipoxia fetal crónica, evidenciada por aumento del hematocrito en el recién nacido. El retardo en el crecimiento intrauterino se puede atribuir a diversos factores incluyendo propiedades vasoconstrictoras de la nicotina, elevación de los niveles de la carboxihemoglobina y de catecolaminas, hipoxia tisular fetal, elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.¹³

Los datos de países desarrollados, muestran una tendencia al descenso del tabaquismo durante la gestación en los últimos años (20-30%), pero la edad de inicio del hábito de fumar es cada vez menor. En estos países, la prevalencia en las mujeres embarazadas varía con la edad, las mujeres mayores de 30 años son las que menos fuman, en cambio las más fumadoras se encuentran en el rango de 15 a 24 años, abandonando este hábito durante el embarazo entre el 20-40% de las fumadoras.¹³

En Chile las mujeres entre 19-25 años han aumentado el consumo en 12 puntos (1994-2004). En mujeres de 26-34 años, el consumo se ha mantenido en alrededor del 45%. La prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en Chile es de 28%.¹³

Para las mujeres que han dejado de fumar durante el primer trimestre el riesgo relativo (RR) de prematuridad es de 1,6%. Para aquellas mujeres que han dejado de fumar antes de la concepción el RR es muy similar a aquellas mujeres que nunca han fumado. Así, el riesgo entre tabaco y prematuridad está en relación directa con el número de cigarrillos consumidos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior.¹²

De hecho, el embarazo supone un momento de especial motivación, por parte de las gestantes, para dejar de fumar. Aproximadamente un 20% de las mujeres embarazadas abandona espontáneamente el tabaquismo antes de cualquier contacto con los servicios sanitarios. Por ello, sería muy importante por parte de los profesionales sanitarios incrementar esta tasa de cesación y mantenerla tras el parto. Esto tendría repercusiones positivas en la prematuridad dada la alta prevalencia de consumo de tabaco entre las mujeres en edad fértil de nuestro país.¹²

4. e - Parto Prematuro y Controles Prenatales en embarazadas Adolescentes:

Cada año, unos 15 millones de bebés en el mundo, más de uno en diez nacimientos, nacen prematuros, según el recientemente lanzado informe Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Más de un millón de estos bebés mueren poco después del nacimiento; muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa, a menudo a un gran costo para las familias y la sociedad.³

Cerca del 75% de estos bebés prematuros que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, con tratamientos simples, comprobados y económicos, así como medidas preventivas si estuvieran disponibles en todo el mundo, según más de 100 expertos que contribuyeron al informe, representando casi 40 agencias de Naciones Unidas, universidades y organizaciones.³

“Todos los recién nacidos son vulnerables, pero los bebés prematuros son más aún,” afirma el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, quien escribió el prólogo del informe y considera que el esfuerzo para reducir los nacimientos prematuros y las muertes como una parte integral de su Estrategia Global para la Salud de la Mujer y los Niños.

“Los nacimientos prematuros representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos en el mundo” afirma la Dra. Joy Lawn, coeditora del informe y Directora, Evidencia Global y Política para Save The Children. “Ahora, son la segunda causa de muerte en niños menores de 5, después de la neumonía.”

“El número de nacimientos prematuros está aumentando en todo los países, excepto en tres, las tasas de nacimientos prematuros aumentaron en los últimos 20 años”, afirma la Dra. Lawn.³

En países de altos ingresos, el aumento en el número de nacimientos prematuros está vinculado con el número de mujeres mayores teniendo bebés y el aumento en el consumo de drogas de fertilidad, resultando en embarazos múltiples. En algunos países desarrollados, los partos médicamente inducidos innecesariamente y las cesáreas antes de término también han aumentado los nacimientos prematuros. En muchos países de bajos ingresos, las principales causas de los nacimientos prematuros incluyen infecciones, malaria, VIH y altas tasas de embarazo adolescente. En países ricos y pobres, muchos nacimientos prematuros siguen siendo inexplicables.³

En Argentina las cifras de PP se mantienen alrededor del 8,0% en los últimos tres años habiéndose registrado una mortalidad infantil (MI) de 12,1 por mil nacidos vivos en el año 2009. La prematurez contribuyó en el año 2008 al 66% de la mortalidad infantil (MI) en la República Argentina. Por esta razón se constituye en un grave problema para la salud de los niños. Es causante del 50 al 70 % de la mortalidad neonatal (MN) y del 50% de las alteraciones neurológicas.⁵

Esta problemática llevó a que el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá organizara desde hace 20 años un equipo de trabajo multidisciplinario para la atención de la adolescente embarazada y su hijo, que se denominó *Programa Asistencia para la Madre Adolescente* (PROAMA). Su propuesta fue la atención y el acompañamiento vincular de estas jóvenes y su entorno, conformado por diversos especialistas, ya que se hace necesario el abordaje interdisciplinario en donde intervienen médicos, obstetras, ginecólogos, neonatólogos, pediatras, especialistas obstétricos, especialistas en trabajo social, psicólogos, odontólogos y licenciados en nutrición.⁹

Las madres adolescentes que acuden a este programa presentan una problemática social, familiar y de pareja que requiere intervenciones planificadas y comprometidas que brinden posibles soluciones o respuestas a las necesidades que las jóvenes plantean. La selección de las intervenciones se realiza teniendo en cuenta tanto la situación de la paciente como las posibilidades de la institución, llevando a cabo en la práctica cotidiana intervenciones directas e indirectas.⁹

La atención de una adolescente embarazada se realiza desde un enfoque interdisciplinario con la participación de pediatras y obstetras capacitados en la atención de adolescentes, trabajadoras sociales y el equipo de salud mental.

Se entiende por control prenatal la serie de visitas programadas de la adolescente embarazada con los integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar su salud y la

evolución del embarazo, y obtener así una adecuada preparación para el parto, puerperio, lactancia y crianza.

Para que este control sea efectivo, tiene que iniciarse lo antes posible (<12 semanas de gestación) y realizarse en forma periódica (con un mínimo de ocho controles durante el embarazo).⁵⁻⁹

Las adolescentes de 15 a 19 años captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo con sus necesidades, no tienen mayor riesgo que las adultas de similares condiciones sociales, culturales y económicas. Las adolescentes menores de 15 años siempre se consideran de alto riesgo obstétrico, dado que presentan mayor morbilidad y mortalidad.

Se considera que una adolescente presenta un embarazo de bajo riesgo cuando tiene una pareja y/o familia que la apoya, una escolaridad acorde con la edad, una buena aceptación de su embarazo, un buen estado nutricional y no presenta patología preexistente.¹¹

Se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar, con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad y aprendan a manejarla responsablemente antes de la adolescencia; fomentar el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con o sin vida sexual activa; promover consultas de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes; educar a las jóvenes para que realicen un adecuado control prenatal; identificar las pacientes con factores predisponentes para parto pretérmino, así como otras patologías de alto riesgo y referirlas a la consulta de alto riesgo obstétrico; capacitar adecuadamente al personal de salud para reconocer las complicaciones perinatales en los recién nacidos; y promover las acciones en salud reproductiva del adolescente con enfoque de riesgo obstétrico, en función del binomio madre-hijo.

Por lo tanto, este trabajo se realizó con el fin de determinar y establecer la relación entre grupo etario materno, el número de controles prenatales y el hábito tabáquico con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal de Corrientes, para determinar en qué medida estos factores influyen en la terminación del parto antes de las 37 semanas de gestación y condicionan a un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal.

Esto permitirá generar información que sea útil para detectar grupos de riesgo en embarazadas adolescentes y alertar ante la presencia de factores de riesgo que

condicionen el embarazo y culminen en un parto pretérmino. Así el equipo de salud podrá tomar las medidas necesarias y tratar de prevenir o disminuir el riesgo de esta complicación.

5- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Determinar la frecuencia de aparición de los factores de riesgo en las embarazadas adolescentes atendidas en Servicio de Maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal de la ciudad de Corrientes Capital durante el período comprendido entre el 01/01/16 y el 31/12/16.

Objetivos Específicos:

- Determinar la relación entre los subgrupos de adolescentes embarazadas y el parto pretérmino, en embarazadas adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal de la ciudad de Corrientes Capital durante el período comprendido entre el 01/01/16 y el 31/12/16.

- Analizar la relación entre la Cantidad de Controles Prenatales y el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal de la ciudad de Corrientes Capital durante el período comprendido entre el 01/01/16 y el 31/12/16.

- Establecer la relación entre el hábito tabáquico y el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal de la ciudad de Corrientes Capital durante el período comprendido entre el 01/01/16 y el 31/12/16.

6- METODOLOGÍA

Definición operacional de las variables

Grupo etario

- Definición operacional: mujeres según edad que pertenezcan a la adolescencia temprana, media o tardía.
- Tipo de variable: Cualitativa.
- Escala de medición: Ordinal
- Valores: Adolescencia temprana (adolescentes con edades entre 10 a 14 años)
Adolescencia media (adolescentes con edades entre 15 y 16 años)
Adolescencia tardía (adolescentes con edades entre 17 y 19 años)
- Indicadores: edad de la adolescente en años registrada en la historia clínica perinatal, que permite ubicarla en alguna de los tres grupos etarios.

Controles Prenatales Efectivos (mínimo 4 controles y el primero antes de las 12 semanas)

- Definición operacional: mínimo 4 controles y el primero antes de las 12 semanas
- Tipo de variable: Cualitativo.
- Escala de medición: Nominal.
- Valores: Si presenta
No presenta
- Indicadores: registro asentado en la historia clínica perinatal respecto a controles.

Hábito tabáquico

- Definición operacional: consumo de tabaco en forma activa o pasiva como comportamiento repetido de manera regular de la adolescente embarazada.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Valores: Si
No
- Indicadores: registro asentado en la historia clínica perinatal respecto al consumo o no de cigarrillos.

Tipo de estudio y diseño general

Según la Estrategia General: cuantitativo, se aplica a problemas que requieren cuantificación de las variables existentes y sus posibles relaciones; los resultados son resumidos en forma numérica; el problema busca como respuesta una cifra en una muestra. En el estudio se desea conocer las causas y/o factores relacionados con la terminación del parto antes del término en las embarazadas adolescentes; para ello se trabajará con historias clínicas que contienen los registros y datos de la paciente.

Según los Objetivos: analítico, buscan contestar por qué sucede determinado fenómeno, cuál es la causa o factor de riesgo asociado, o cuál es el efecto de esa causa o factor de riesgo. Buscan la asociación o correlación entre variables.

Esta investigación intenta reconocer factores de riesgo asociados a partos pretérmino en embarazadas adolescentes. La investigación empleará el estudio de casos y controles. En estudios de casos y controles se desea conocer que parte de la población que presentó determinado problema estuvo expuesta a la causa o factor asociado a ese problema, partiendo del efecto (E) a la causa (C).

Los casos están compuestos por embarazadas adolescentes que desencadenaron parto pretérmino; y los controles por embarazadas adolescentes que no presentaron el evento durante el periodo comprendido entre 01/01/2016 al 31/12/2016.

Según la ocurrencia de los hechos y el registro de la información: retrospectivo, son aquellos estudios en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado, al formular el problema los datos ya están registrados en alguna parte. El estudio se realizará en las historias clínicas perinatales, comparando los grupos que presenten el fenómeno con grupos que no lo presenten.

Según la Intervención del Investigador: observacional, el investigador solo observa cómo se comporta el fenómeno en estudio, no se manipulan las variables. En el estudio la variable dependiente (parto pretérmino) se produce espontáneamente, y se realiza un registro de la observación de los hechos.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

Contexto

La investigación se realizó en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal, de la ciudad de Corrientes, donde se reciben y atienden a embarazadas de toda la provincia.

El Servicio de Maternidad cuenta con un total de 47 camas en el sector de internación divididas en salas de alto y bajo riesgo. Cuenta además con 6 camas en el sector de dilatantes, 3 salas de parto y 2 quirófanos. 3 consultorios externos y 2 que corresponde a la guardia de emergencia.

El plantel de recursos humanos está integrado por enfermeros auxiliares y enfermeros profesionales, tocoginecólogos y residentes que realizan su formación en el servicio.

Población

Población blanco: embarazadas adolescentes.

Población accesible: embarazadas adolescentes, atendidas en el Servicio de maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal.

Población elegible: embarazadas adolescentes, atendidas en el Servicio de maternidad Hospital Dr. J. R. Vidal, de la Ciudad de Corrientes, durante el periodo comprendido desde el 1ro de Enero del año 2016 hasta el 31 de Diciembre del año 2016, que reúnen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Grupo caso

Criterios de inclusión: Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años, atendidas en el Servicio de Maternidad Hospital Dr. J. R. Vidal, terminaron el parto entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

Criterios de exclusión: Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que finalizaron su parto después de las 36,6 semanas de gestación y/o antes de las 22, o que no fueron atendidas durante el periodo comprendido entre el 01/01/16 y 31/12/16.

Criterios de eliminación: Historias clínicas incompletas o ilegibles, y/o que se encuentren secuestradas por el Poder Judicial.

Grupo control

Criterios de inclusión: Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años, atendidas en el Servicio de Maternidad Hospital Dr. J. R. Vidal, que terminaron el parto a las 37 semanas y más de gestación.

Criterios de exclusión: Embarazadas que finalizaron su parto antes de las 36,6 semanas de gestación, con 20 años y más, y que no fueron atendidas durante el periodo comprendido entre el 01/01/16 y 31/12/16.

Criterios de eliminación: Historias clínicas incompletas o ilegibles, y/o historias clínicas que se encuentren secuestradas por el Poder Judicial.

Muestra

Para la ejecución

Para la ejecución se trabajó con las embarazadas adolescentes que ingresaron a la Maternidad durante el periodo establecido, que comprende desde el 01/01/16 al 31/12/16, que cumplan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

De este total, se extraerán 60 unidades de análisis para el grupo caso y 120 para el grupo control, mediante la utilización del muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, respetando que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión tanto para el grupo caso como para el grupo control.

Unidad de análisis: pacientes embarazadas adolescentes.

Unidad de observación: historias clínicas de las embarazadas adolescentes.

Accesibilidad a la población

Para llevar a cabo esta investigación se cuenta con la autorización correspondiente y aprobada por parte del Director Ejecutivo y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Dr. J. R. Vidal.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que se utiliza en la investigación será un formulario impreso. Es de tipo estructurado para recopilar datos y proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo breve. Dichos datos serán tomados de las historias clínicas perinatales.

En el formulario, tanto para el grupo casos como para el grupo control, quedará asentado el número de orden; número de historia clínica; edad de la adolescente en años y edad gestacional en semanas. Se describen tres variables con valores en cada una de ellas, las cuales se marcarán con una X según correspondan:

- Grupo etario: adolescencia temprana, media y tardía
- Controles perinatales efectivos: presenta controles completos y no presenta controles completos.
- Hábito tabáquico: si fuma y no fuma.

Ver modelo de formulario A para grupo caso y formulario B para grupo control, en el Anexo.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

El protocolo de investigación es sometido a valoración por el Comité de Ética del Hospital Dr. J. R. Vidal quien deberá pronunciarse -con conocimiento de causa- sobre la investigación propuesta respecto a 2 tópicos: la evaluación ética y la evaluación de la validez y significación científicas.

7- PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Se aplicó la estadística descriptiva como una primera aproximación para valorar el comportamiento general y los resultados obtenidos con cada variable utilizando para ello una matriz de datos para su mejor visualización y análisis entre los casos y los controles.

Para el análisis de los datos de cada variable estudiada se utilizó una tabla tetracórica, que permitió calcular el odds ratio.

Para el análisis estadístico de riesgo, ajustado por edad de la madre, presencia de controles prenatales suficientes y hábito tabáquico presente en el embarazo adolescente se utilizó una tabla general que permite obtener el OR: odds ratio; p: nivel de significancia; NC: nivel de confianza.

Programas a utilizar para análisis de datos

Para la carga de datos se utiliza el Programa Excel de Office y para análisis más complejos el software InfoStat para la obtención de estadísticas descriptivas y gráficos para el análisis exploratorio.

8- RESULTADOS:

La muestra estudiada se compuso de 180 unidades de análisis, 60 casos de adolescentes con parto prematuro (PP) y 120 controles de adolescentes con parto de termino (PT). (Ver Tabla N°1)

Tabla N°1: Características de los Casos y Controles correspondientes a las embarazadas adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal en el año 2016			
Variable	Casos (embarazadas adolescentes con P.P)	Controles (embarazadas adolescentes con P.T)	
Edad	Promedio: 16,5 años (rango etario: 14-18)	Promedio: 16,7 años (rango etario: 14-18)	
Adolescencia temprana	0	0	
Adolescencia media	43% (26 adolescentes)	36% (44 adolescentes)	O.R: 1,32 (I.C: 0,70-2,48); p: 0,38
Adolescencia tardia	57% (34 adolescentes)	64% (76 adolescentes)	
Tabaquismo	1,66% (1 paciente)	0,83% (1 paciente)	O.R: 2,01 (I.C: 0,12-32,81) p: 0,61
N° Controles Prenatales	Promedio: 3,41 (rango: 0-9)	Promedio: 5,23 (rango: 0-10)	
Controles Insuficientes	71,66% (43 adolescentes)	68,33% (82 adolescentes)	O.R: 1,17 (I.C: 0,59-2,31) p: 0,64
Controles Suficientes	28,33% (17 pacientes)	31,66% (38 pacientes)	

Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

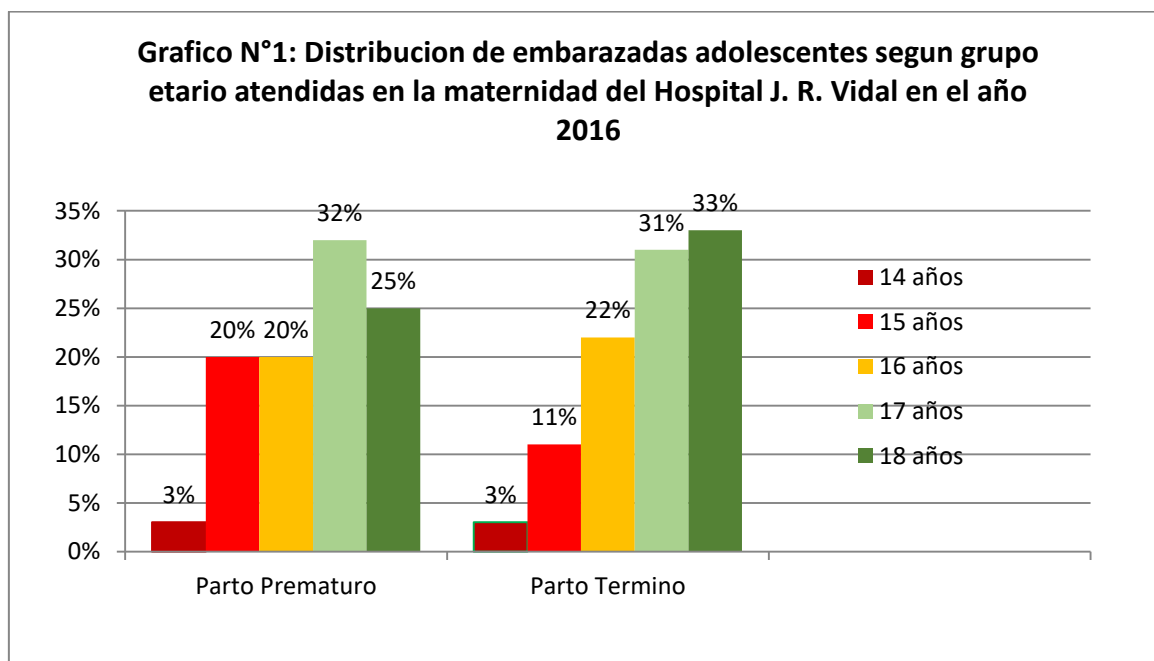
Al clasificar los 60 casos de PP, se encontró que 47 de ellos (78%) corresponden a prematuros leve, 9 casos (15%) prematuros moderados y 4 casos (7%) a prematuros extremos. Cada subgrupo fue relacionado con la edad promedio, el número de controles prenatales, tener el primer control dentro de las primeras 12 semanas y la presencia de controles suficientes definidos por nuestra variable. (Ver Tabla N°2).

Tabla N°2: Partos Prematuros clasificados en subgrupos según semanas completas de gestación y su relación con edad de las adolescentes y controles prenatales de las adolescentes embarazadas atendidas en la maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal en el año 2016

Prematuridad	Leve	Moderada	Extrema
Número de Casos	47 casos (78%)	9 casos (15%)	4 casos (7%)
Semanas	Promedio: 34 semanas (32-36 semanas)	Promedio: 29,88 semanas (28-31 semanas)	Promedio: 25 semanas (24-27 semanas)
Edad Embarazada Adolescente	Promedio: 16,4 años (14-18)	Promedio: 17,2 años (15-18)	Promedio: 16,5 años (15-17)
N° de Controles Prenatales	Promedio: 3,51 (0-9)	Promedio: 3,55 (0-7)	Promedio: 2 (1-3)
1° C.P antes 12 semanas	25,53% (12 pacientes)	44,4 % (4 pacientes)	50% (2 pacientes)
C. P Suficientes	27,65% (13 pacientes)	44,4 % (4 pacientes)	0

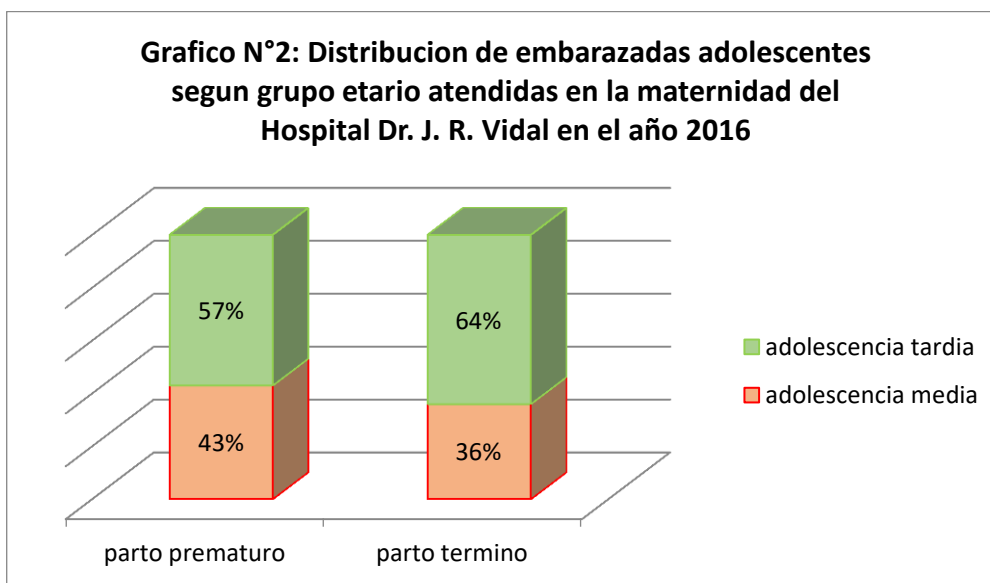
Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

Al analizar la variable de grupo etario, se observó que la edad promedio del grupo de las embarazadas adolescentes con PP es de 16,5 años (rango etario: 14-18) y en el grupo de las adolescentes embarazadas con parto de termino es de 16,78 (rango etario: 14-18). No existiendo en esta población embarazadas pertenecientes a la adolescencia temprana. (Ver Gráfico N°1)



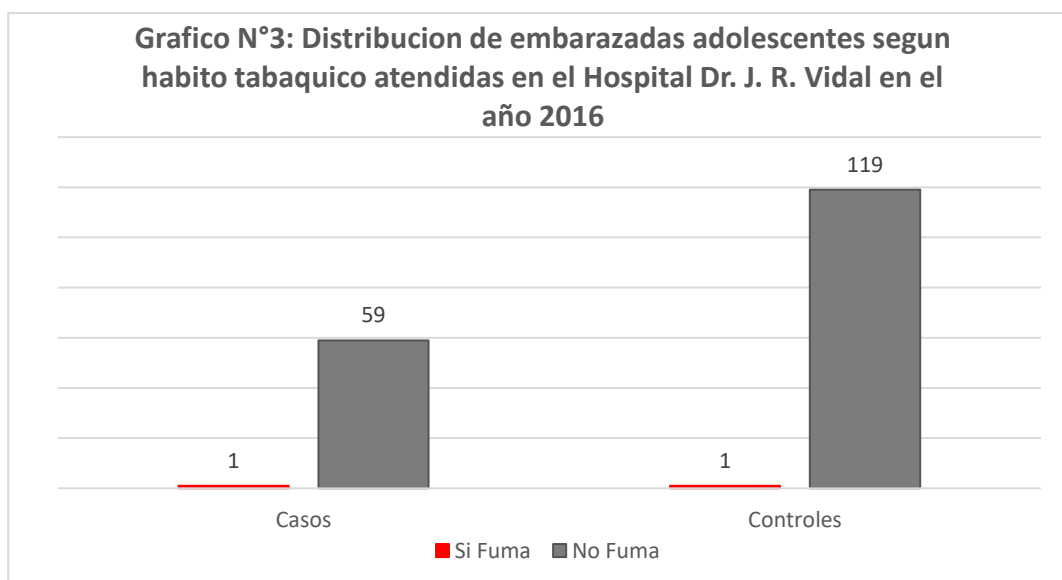
Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

Al analizar la variable del grupo etario y clasificarlos en subgrupos podemos observar que dentro del grupo de los casos existen 26 adolescentes (43%) que pertenecen a la adolescencia media y 34 adolescentes (57%) son de la adolescencia tardía; y en el grupo de los controles existen 44 adolescentes (36%) que pertenecen a la adolescencia media y 76 (64%) son de la adolescencia tardía. (Ver Gráfico N°2)



Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

En nuestra población pudo observarse solo 2 casos de tabaquismo durante el embarazo, de tipo pasivo, uno dentro de los casos y otro en el grupo de los controles. (Ver Gráfico N°3)



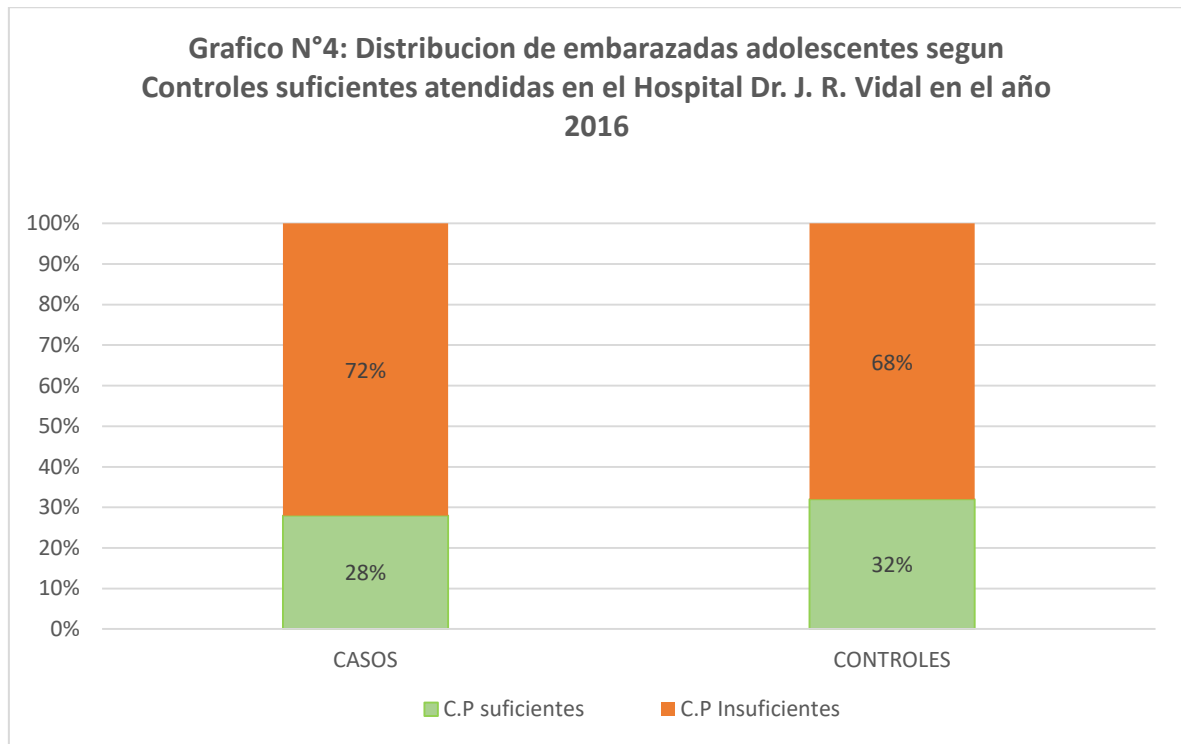
Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

Al estudiar el número de controles prenatales se pudo observar que en el grupo de los *casos* el promedio de fue de 3,41, con casos que van desde la ausencia completa de control hasta otros que tuvieron un máximo de 9 controles. En un 51,66% (31 pacientes) tenían 3 o menos C.P.

En el grupo de los *controles* el promedio fue de 5,23 C.P, con casos que van de la ausencia completa de control hasta otros casos donde el máximo de controles fue de 10. Tuvieron 3 C.P o menos solamente un 26,66% (32 pacientes). (Ver Tabla N°3)

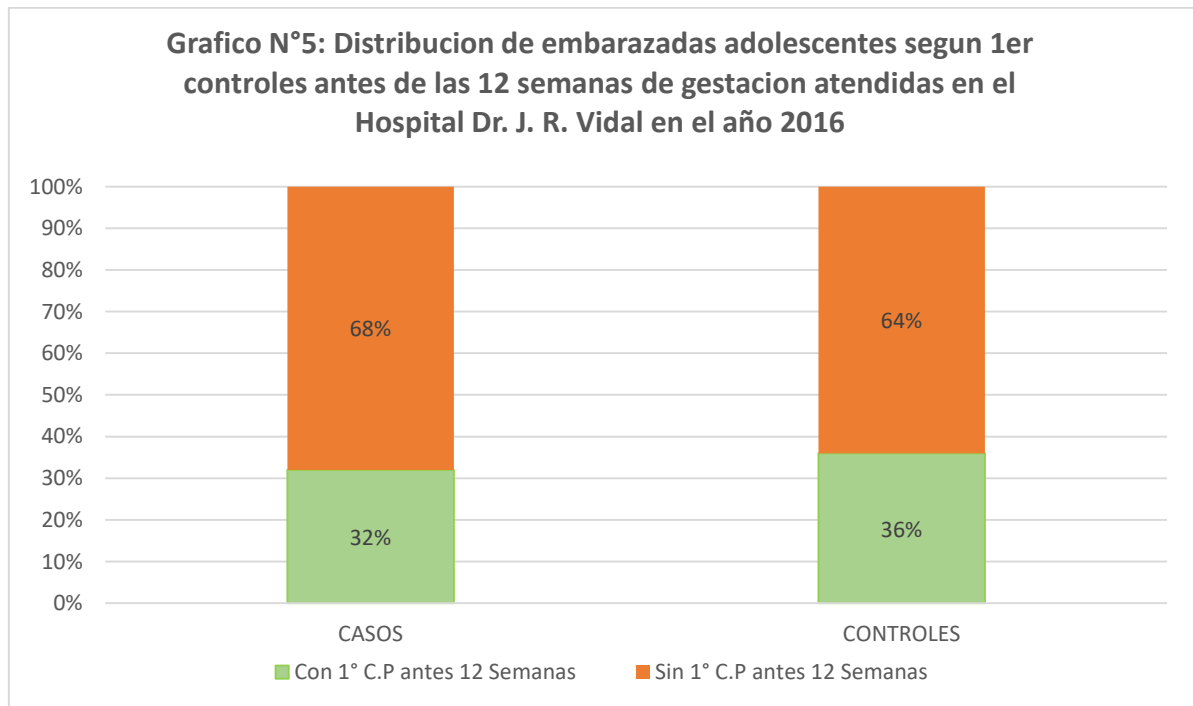
Tabla N°3: Características de los Controles Prenatales de los casos y controles correspondientes a las embarazadas adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Dr. J. R. Vidal en el año 2016			
Variables	Casos (embarazadas adolescentes con P.P)	Controles (embarazadas adolescentes con P.T)	
Controles Prenatales	Promedio: 3,41 (Min/Max: 0-9)	Promedio: 5,23 (Min/Max: 0-10)	
Controles prenatales suficientes	28,33% (17 pacientes)	31,66% (38 pacientes)	
No realizan C.P antes 12 semanas	68% (41 pacientes)	64% (77 pacientes)	O.R: 1,20 (I.C: 0,62-2,33) p: 0,57
Menos de 8 controles / Parto Prematuro	96,66% (58 pacientes)	82,5% (99 pacientes)	O.R: 6,15 (I.C: 1,39 – 27,19) p: 0,01
Menos de 7 controles / Parto Prematuro	86,66% (52 pacientes)	70,83% (85 pacientes)	O.R: 2,67 (I.C: 1,15 – 6,21) p: 0,02
Menos de 6 controles / Parto prematuro	81,66% (49 pacientes)	55,83% (67 pacientes)	O.R: 3,52 (I.C: 1,67 – 7,43) p: 0,0009
Menos de 5 controles / Parto prematuro	65% (39 pacientes)	38,33% (46 pacientes)	O.R: 2,98 (I.C: 1,56 – 5,69) p: 0,0009
Menos de 4 controles / Parto prematuro	51,66% (31 pacientes)	26,66% (32 pacientes)	O.R: 2,93 (I.C: 1,53 – 5,62) p: 0,0011
Menos de 3 controles / Parto prematuro	40% (24 pacientes)	13,33% (16 pacientes)	O.R: 4,33 (I.C: 2,07 – 9,05) p: 0,0001
Menos de 2 controles / Parto prematuro	26,66% (16 pacientes)	2,5% (3 pacientes)	O.R: 14,18 (I.C: 3,93 – 51,05) p: <0,0001

Al realizar un análisis en forma global, solo 55 pacientes (30%) tienen controles prenatales suficientes. Dentro del grupo de embarazadas adolescentes que tuvieron P.P solamente 28% (17 pacientes) tuvieron controles suficientes en comparación con el grupo control en las que 32% (38 pacientes) tuvieron controles prenatales suficientes. (Ver Gráfico N°4)



Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

En su mayoría 118 pacientes (65%) no realizan controles antes de las 12 semanas de gestación. Dentro del grupo de las embarazadas adolescentes que terminaron en parto pretérmino el 68% (41 pacientes) no realizan su primer control antes de las 12 semanas, al compararla con el grupo control se encuentra un porcentaje similar, pues el 64% (77 pacientes) no realizó sus controles antes de las 12 semanas. (Ver Gráfico N°5)



Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

Al observar las asociaciones entre las variables del estudio, se ha constatado que en las madres embarazadas que se encuentran en adolescencia media solo aumento en un 1,32 veces (IC: 0,70-2,48) las probabilidades de terminar el embarazo antes de las 37 semanas de gestación que las que se encuentran en la adolescencia tardía, con una "p" no significativa estadísticamente (p: 0,38). Por lo que en nuestra población estudiada no genera un riesgo agregado el pertenecer a una adolescencia media o tardía.

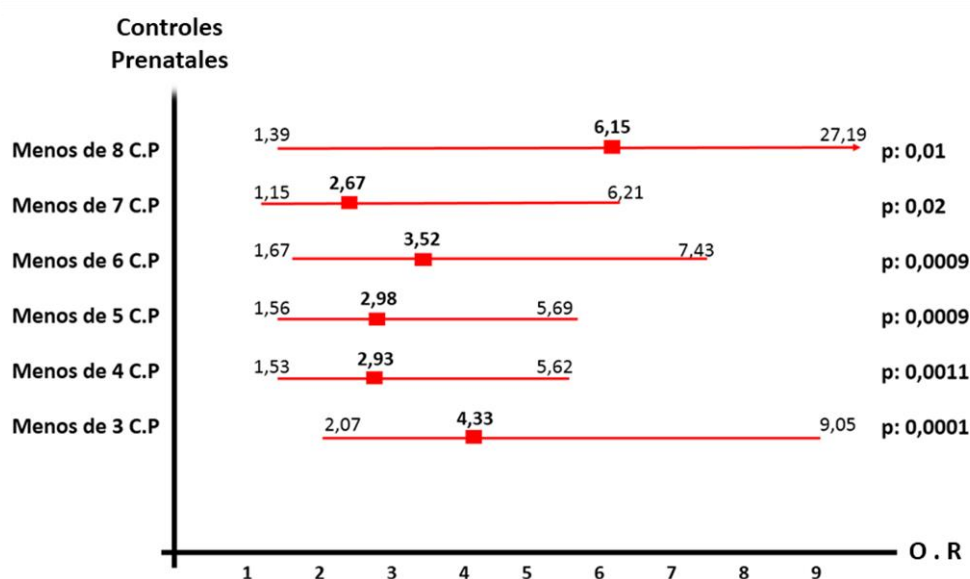
El habito tabáquico tampoco genero un riesgo significativo para el PP, ya que las embarazadas adolescentes que fueron fumadoras pasivas durante el embarazo tuvieron 2,01 (IC: 0,12-32,81) veces más posibilidad de desencadenar un PP que las que no eran fumadoras, con una "p" no significativa estadísticamente (p: 0,61).

Al relacionar los controles insuficientes y el PP se puede observar que el tener controles insuficientes durante el embarazo adolescente solo aumento en un 1,17 (IC: 0,59-2,31) veces la posibilidad de terminar en un parto prematuro (p: 0,64), sin generar un factor de riesgo significativo agregado en la madre adolescente.

Tampoco la falta del control prenatal antes de las 12 semanas de gestación ha demostrado un riesgo significativo para el PP en la población evaluada, pues solo generó 1,20 (IC: 0,62-2,33) más posibilidad de terminar en un parto prematuro (p: 0,57).

Si realizamos una confrontación de aquellas pacientes embarazadas adolescentes que tienen menos de 8 controles prenatales durante su embarazo, sin importar si el primero fue antes de las 12 semanas de gestación, se puede observar que el riesgo de tener un parto prematuro aumenta 6,15 veces (IC: 1,39-27,19; p:0,01) con significación estadística. (Ver Gráfico N°6)

Gráfico N°6: Relación de riesgo de parto prematuro y número de controles prenatales de las embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. J. R. Vidal en el año 2016



Fuente: recolección propia de datos de historias clínicas perinatales durante el periodo 2016

Se puede observar que al disminuir la cantidad de controles el riesgo de tener un parto prematuro aumenta, con intervalos de confianza más estrechos y “p” significativas estadísticamente, lo que hace que el número de controles prenatales actúe como un factor de protección, pues al aumentar el número de los mismos se observa que dan un valor inferior a 1. Para el caso de 8 o más controles prenatales y su relación con el parto de término nos da un O.R: 0,16 (I.C: 0,03-0,71; p: 0,01)

Este efecto de protección se puede observar mantenerse incluso en aquellas embarazadas que tienen 2 controles o más durante el embarazo. En comparación con aquellas que tienen menos de 2 controles que presentan **14,18** veces más riesgo que el resto de las embarazadas adolescentes (IC: 3,93 – 51,05; p: < 0,0001).

9- DISCUSIÓN:

El embarazo en las adolescentes presentan según estudios realizados en distintos países, inclusive en el nuestro, un mayor riesgo de complicaciones, entre ellas el bajo peso al nacer, puntaje apgar bajo y el parto prematuro.⁹

Las causas de los mismos es multifactorial, pero esta favorecido fundamentalmente en las adolescentes, pues no alcanzan la madurez física y mental, carencias nutricionales, enfermedades asociadas, y un medio familiar generalmente que suele estar no preparado para aceptarlo y protegerlo. El parto prematuro es una de las complicaciones más frecuentes que se puede presentar en el embarazo adolescente.¹

En este estudio se observó que al clasificar a las adolescentes en 3 grupos según su edad (adolescencia temprana, media y tardía), el parto prematuro fue más frecuente en las pertenecientes al grupo de la adolescencia media que en las de adolescencia tardía, sin embargo al comparar el riesgo entre ambas no fue significativo ya que presentaban una probabilidad de 1,32 veces más de desencadenar un parto prematuro que las de adolescencia tardía. No existiendo dentro del grupo estudiado adolescentes tempranos donde si tal vez el riesgo podría ser mayor como los descriptos por García Minuzzi M. y sus colaboradores.⁹

Además de la edad de la madre, se suman otros factores de riesgo como son el tener antecedentes obstétricos desfavorables, el consumo de sustancias toxicas como el tabaco, alcohol o drogas, falta o insuficientes controles prenatales del embarazo, o mala preparación para esta etapa de la vida.

El consumo de tóxicos durante el embarazo es uno de los aspectos más relacionados con la prematuridad. El toxico más extendido es el tabaco que multiplica por dos el riesgo relativo de parto prematuro, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que existen una alta prevalencia de mujeres fumadoras.¹²

En nuestra población este factor no pudo ser valorado debido a que dentro las adolescentes solo existieron 2 casos de tabaquismo pasivo, uno en cada grupo (casos y controles), no generando al realizar el análisis de la variable con el parto prematuro un riesgo significativo. Esto puede deberse a la probable concientización que pudieron haber tomado estas madres de no exponerse a ninguno de los tóxicos durante su

embarazo, ya que también negaban consumo de alcohol y drogas. Actualmente existen muchas campañas contra el tabaco que pueden aumentar la concientización de las personas y fundamentalmente las embarazadas para que este hábito no se desarrolle durante su gestación y perdure en el puerperio, lactancia y crianza.

En cuanto a la realización de los controles prenatales, se ha visto que la misma es conveniente sea realizada desde un enfoque interdisciplinario, fundamentalmente en adolescentes menores de 16 años. El equipo debe estar conformado por obstetras, ginecólogos, neonatólogos, pediatras, psicólogos, trabajadoras sociales y licenciados en nutrición, capacitados en la atención de adolescentes, según las recomendaciones del PROAMA.⁹

Se entiende por control prenatal la serie de visitas programadas de la adolescente embarazada con los integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar su salud y la evolución del embarazo, y obtener así una adecuada preparación para el parto, puerperio, lactancia y crianza. Lo ideal para que este control sea efectivo es que se inicie lo antes posible (<12 semanas de gestación) y realizarse en forma periódica (con un mínimo de ocho controles durante el embarazo).⁵⁻⁹⁻¹⁵

Varios estudios realizados en distintos países, inclusive el nuestro, han publicado que las mujeres adolescentes presentan un mayor riesgo en los resultados perinatales. Los mismos coinciden en describir como eventos adversos perinatales el bajo peso al nacer, prematuridad, puntaje de Apgar bajo, incrementándose el riesgo a menor edad materna. Los grupos vulnerables, como las mujeres adolescentes, bajo un programa de atención y contención de equipos multidisciplinarios reducen o revierten los resultados adversos descritos.

Las adolescentes de 15 a 19 años captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo con sus necesidades, no tienen mayor riesgo que las adultas de similares condiciones sociales, culturales y económicas. Las adolescentes menores de 15 años siempre se consideran de alto riesgo obstétrico, dado que presentan mayor morbilidad y mortalidad.⁹

Los antecedentes maternos socioeconómicos y demográficos, de embarazos previos, de control y evolución del embarazo y parto desfavorables, se relacionan con la prematuridad de los neonatos. La historia clínica perinatal es una herramienta útil para evaluar el riesgo de prematuridad.

La asociación entre menos consultas prenatales y mayor riesgo de prematuridad fue coherente con lo informado por varios autores en distintos trabajos realizados, que estiman que la prematuridad podría reducirse con una cantidad de consultas adecuada que incluyan, por lo menos, seis procedimientos: presión arterial, peso, talla, análisis de orina, de sangre y examen pélvico.⁶

Si bien en algunos estudios se ha demostrado la relación entre ausencia de controles prenatales y PP, es evidente que la presencia de síntomas o signos tempranos de complicaciones es un factor que determina la frecuencia de los controles prenatales.¹⁴

En nuestro estudio pudimos observar que tener controles insuficientes o la falta del 1er control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, no ha demostrado un riesgo significativo para el PP en la población evaluada, respecto a las embarazadas adolescentes con parto de término, ya que solo generaron un riesgo de 1,17 (IC: 0,59-2,31; p: 0,64) y 1,20 (IC: 0,62-2,33; p: 0,57) respectivamente, dato no coincidente con las recomendaciones encontradas en las guías de controles prenatales nacionales o internacionales. En este sentido, el momento de la gestación en que se inician los controles y el número de ellos se han encontrado asociados con menos complicaciones, aunque no se demuestra que ellos reduzcan la incidencia de PP.¹⁴

Lo que sí es importante destacar es que al realizar una confrontación de aquellas pacientes embarazadas adolescentes que tienen menos de 8 controles prenatales durante su embarazo, sin importar si el primero fue antes de las 12 semanas de gestación, se puede observar que el riesgo de tener un parto prematuro aumenta 6,15 veces (IC: 1,39-27,19; p:0,01). Otorgándole al número de controles prenatales un factor de protección, pues al aumentar el número de los mismos se observa que dan un valor inferior a 1 con un intervalo de confianza y una probabilidad significativa.

Este efecto protector se mantiene incluso en aquellas embarazadas que tienen 2 controles o más durante el embarazo, pues la posibilidad de terminar en un PP de las que tienen menos de 2 controles presentan 14,18 veces más riesgo que el resto de las embarazadas adolescentes (IC: 3,93 – 51,05; p: < 0,0001).

El Programa de Atención de Madres Adolescentes de la Maternidad del Sardá hace hincapié en que el primer control debe llevarse a cabo lo más precozmente posible para confirmar el embarazo y permitir realizar las intervenciones necesarias tanto de

prevención como de recuperación de la salud, confeccionando una historia clínica completa que incluya factores de riesgo biopsicosociales. Se realizan, de ser necesarias, interconsultas con otras disciplinas en las que se incluye siempre el Servicio Social. Existen dentro del programa tareas de prevención, como charlas en sala de espera y cursos de preparación para la maternidad/paternidad.⁹

La periodicidad de los controles se programa en aquellos embarazos menores de 28 semanas de EG cada 4 semanas, entre 29-33 semanas de EG cada 3 semanas y de 34-36 semanas de EG cada 2 semanas, de 37-40 cada 1 semana y luego de la semana 41 se internara, adecuando este esquema según cada paciente. El total de consultas no debe ser menor a 8,2.⁹

Por lo tanto los programas y los equipos multidisciplinarios que atienden a nuestras adolescentes deben asumir el proceso salud-enfermedad con medidas y acciones enfocadas en la prevención/promoción de la salud y la construcción de redes de contención familiar y social. La calidad de estos equipos y su intervención oportuna seguramente diferencian los resultados en la atención perinatal.

La implementación de programas de calidad en el proceso de atención en el marco de redes multidisciplinarias, como el PROAMA, permite disminuir los riesgos que presentan los grupos vulnerables como las madres adolescentes y sus hijos.

El programa se asegura que la atención del parto sea realizada por un profesional con sensibilidad y experiencia en adolescencia y en lo posible acompañado por su pareja y/o familiar. Este programa permitió demostrar que las adolescentes y sus hijos con atención precoz y multidisciplinaria en cuidados perinatales no presentarían mayores riesgos que los descriptos para mujeres embarazadas adultas de igual medio socioeconómico y cultural.⁹

En este trabajo, si bien no existen embarazadas pertenecientes a la adolescencia temprana, y tan solo tenemos a 6 adolescentes de 14 años, en las cuales los trabajos han demostrado que el riesgo del parto prematuro es mayor, la población adolescente no presentó mayor riesgo por no iniciar los controles antes de las 12 semanas o tener un número de controles inferior a 5 u 8 como están descriptos en las guías. Se puede deducir entonces que la importancia de los controles radican en las acciones que se llevan a cabo en cada uno de ellos para identificar los factores de riesgo capaces de desencadenar el parto prematuro y las tareas que se llevan a cabo para corregirlas en el caso que sean

modificables, en caso contrario la programación para la derivación y mejor control de las embarazadas a un centro preparado para su atención.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero si requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

10- CONCLUSIÓN:

La adolescencia es un factor de riesgo para el parto pretérmino. A la prematuridad contribuyen una serie de condiciones presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones.

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad y cambios, donde se adquiere la capacidad reproductiva y se transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez. Los cambios físicos, sociales y psicológicos se producen rápidamente en esta etapa y las condiciones sociales, culturales y ambientales influyen en los mismos.

Los factores de riesgo más significativos descriptos para la ocurrencia del parto pretérmino son en primer lugar, procesos infectocontagiosos como infección de vías urinarias y vaginosis; en segundo término, factores relacionados con la fisiología y el desarrollo de las adolescentes gestantes anemia, hemorragias, enfermedad hipertensiva; y finalmente, factores socio demográficos, la baja adherencia a los controles prenatales, pobreza, bajo nivel de escolaridad y exposición a tóxicos (alcohol, tabaco y drogas).

Si bien la incidencia de tabaquismo en nuestra población no fue elevada, y solo se presentaron dos formas de tabaquismo pasivo, es importante que expliquemos a las madres las posibles complicaciones que puede desencadenar el mismo durante el embarazo. El tabaquismo materno durante el embarazo representa una injuria importante al producto de la concepción. Es por esto que nuestro trabajo como profesionales es la enseñar a los futuros padres para que tomen conciencia sobre la exposición a tóxicos y los daños que provocan sobre su salud y la del feto.

Es importancia reforzar la vigilancia sobre la cantidad y calidad de las consultas a las que acuden las jóvenes gestantes. En la presente investigación se identificó una alta tasa de inasistencia a los controles prenatales dado que 35 % de las adolescentes gestantes asistieron apenas a un máximo de 3 controles prenatales. Demostrándose aquí que a mayor número de controles prenatales disminuye el riesgo de tener un parto prematuro, actuando como un factor protector. Es importante la identificación temprana de los factores de riesgo (corta edad, bajo peso, anemia y bajo consumo dietético, infecciones,

hipertensión, entre otros), para establecer las intervenciones necesarias que ayuden a evitar complicaciones.

La gestante adolescente es una paciente especial desde el punto de vista biopsicosocial y que, por tanto, requiere de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las complicaciones antes mencionadas y el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento.

Evitar que se produzca un embarazo en la adolescencia no es tarea fácil, depende tanto del propio adolescente como de su entorno. Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de dos aspectos fundamentales que son el embarazo no deseado, como así también las enfermedades de transmisión sexual, entidades muy relacionadas entre sí. Dicha tarea depende tanto de la esfera social al cual el joven pertenece como a su propia familia.

Una vez producido el embarazo es importante realizar un control precoz y adecuado a fin de evitar las complicaciones que trae aparejado tanto para la madre como para el hijo.

11- BIBLIOGRAFÍA:

- 01- González Sáez, Y. y Col. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. Archivo Médico de Camagüey, vol. 14, núm. 1, 2010. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116130013>
[acceso 11/10/2018]
- 02- Rodrigo, E. y Col. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011. Revista Facultad de Medicina. UNNE XXXIV: 3, 2014, 11-17.
Disponible en:
http://corrienteseduca.edu.ar/medicina/images/documentos/Revista_Numero/2014Revista%20Med%203%20Completa.pdf [acceso 11/10/2018]
- 03- Kinney, M.V., Howson, C.P, McDougall, L., & Lawn, J.E. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. 2012.
Disponible en:
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf
[acceso 11/10/2018]
- 04- Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Ministerio De Salud. Santiago Chile. MINSAL, 2010.
Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
[acceso 11/10/2018]
- 05- Laterra Cristina M. y col. Guía de práctica clínica: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 2011. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2012; 31(1) 25-40.
- 06- Osorno Covarrubias L. y col. Factores maternos relacionados con prematuridad. Ginecol Obstet Mex 2008; 76 (9):526-36.
Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561>
[acceso 11/10/2018]
- 07- Nolazco M. L. y col. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006. 13-18.
Disponible en: <https://es.scribd.com/document/93912074/MORBILIDAD-MATERNA-EN-GESTANTES-ADOLESCENTES-Dra-Maria-Lorena-Nolazco>
[acceso 11/10/2018]
- 08- Pasqualini D. y Llorens A. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010.
Disponible en:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf> [acceso 11/10/2018]

- 09- García Minuzzi M. et al. Embarazo adolescente ¿una población de riesgo? Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2010; 29 (4) 139-143.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91218071002.pdf>
[acceso 11/10/2018]
- 10- Sáez Cantero V. Morbilidad de la madre adolescente. Revista Cubana Obstetricia Ginecología 2005; 31(2).
Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200003 [acceso 11/10/2018]
- 11- Montero Ángeles S. y col. Frecuencia de parto pretérmino en adolescentes embarazadas. Rev. Med. Dom. Vol.54 (3) y Vol. 65(1) Septiembre/Diciembre 2003 Enero/Abril 2004. 24-25.
Disponible en : <https://es.scribd.com/document/361263172/Parto-Pretermino-en-Adolescentes> [acceso 11/10/2018]
- 12- Cabero Roura Luis. Parto prematuro, análisis de la problemática. Una visión epidemiológica. 7ma ed. Buenos Aires; Madrid: Editorial Panamericana; 2004
- 13- Maggiolo J. Tabaquismo durante el embarazo. Rev. Neumología Pediátrica [Seriada en línea] 2012; (7): [12-15].
Disponible en: <http://www.neumologia-pediatria.cl/wp-content/uploads/2017/06/taquismo.pdf> [acceso 11/10/2018]
- 14- Barrera Sánchez, L. y col. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 48, mayo-agosto, 2016, pp. 215-227. Fundación Universitaria Católica del Norte. Medellín, Colombia.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194245902013>
[acceso 11/10/2018]
- 15- Pomata, J. y col. Guías y recomendaciones para la atención de la adolescente embarazada y su hijo. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 25, núm. 2, 2006, pp. 88-89. Buenos Aires, Argentina.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91225206>
[acceso 11/10/2018]
- 16- Bendezú G. y col. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Año 2016. Pag 13-18.
Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323445253002.pdf>
[acceso 11/10/2018]
- 17- Consenso Parto pretérmino. Revista FASGO Volumen 13 - N° 1 - Mayo 2014.
Disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/images/Revista_Violeta_Fasgo_1_2014.pdf [acceso 11/10/2018]

- 18- Cabero Roura L. Impacto social de la prematuridad. XVI Curso Intensivo De Formación Continuada Medicina Materno-Fetal. 2008. Pag. 1-11
- 19- Recomendaciones para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de Parto Pretérmino, Atención del Parto Pretérmino Espontáneo y Rotura Prematura de Membranas. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Edición 2015.
Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf> [acceso 11/10/2018]
- 20- Ulanowicz M. G y col. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006. Pag 13-17.
Disponible en:
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/SALUD%20ADOLESCENTE/Riesgos%20en%20el%20embarazo%20adolescente.pdf> [acceso 11/10/2018]
- 21- Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. UNICEF Argentina. 2013
- 22- Adolescentes en Corrientes. Reporte UNICEF Argentina. 2013
- 23- Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes. INFORME DE GESTIÓN 2009-2015. “Analizando el camino recorrido, aportando al camino por recorrer”. Secretaría de Salud Comunitaria. Subsecretaría de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2015

12- ANEXOS

12. A

Formulario A	
Grupo Casos	
Instructivo del instrumento de recolección de datos:	
El formulario debe ser completado en forma clara y legible con bolígrafo azul o negro.	
Nº de Historia Clínica	<input type="text"/>
Nº de formulario	<input type="text"/>
Edad de la adolescente en años	<input type="text"/>
Edad gestacional en semanas	<input type="text"/> extrema <input type="text"/> moderada <input type="text"/> leve <input type="text"/>
Grupo etario (marcar con una X el grupo correspondiente)	
Adolescencia Temprana	<input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>
Situación de Controles prenatales suficientes (marcar con una X el grupo correspondiente)	
Controles insuficientes	<input type="checkbox"/> Controles suficientes <input type="checkbox"/>
Habitudo tabáquico (marcar con una X el grupo correspondiente)	
Si fuma	<input type="checkbox"/> No fuma <input type="checkbox"/>

Formulario B	
Grupo Controles	
Instructivo del instrumento de recolección de datos:	
El formulario debe ser completado en forma clara y legible con bolígrafo azul o negro.	
Nº de Formulario	<input type="text"/>
Nº de Historia Clínica	<input type="text"/>
Edad de la adolescente en años	<input type="text"/>
Edad gestacional en semanas	<input type="text"/>
Grupo etario (marcar con una X el grupo correspondiente)	
Adolescencia Temprana	<input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>
Situación de Controles Prenatales (marcar con una X el grupo correspondiente)	
Controles insuficientes	<input type="checkbox"/> Controles suficientes <input type="checkbox"/>
Habitudo tabáquico (marcar con una X el grupo correspondiente)	
Si fuma	<input type="checkbox"/> No fuma <input type="checkbox"/>

Maestría en Gestión de la Salud Pública con Orientación en Prácticas Preventivas - FOUNNE
"Relación de los factores de riesgo con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. José R. Vidal durante el año 2016"

12. B

*Ministerio de Salud Pública
Hospital "Dr. José Ramón Vidal"
Departamento de Investigación
Comité de Ética en Investigación*



REFERENCIA:

"Relación de los factores de riesgos con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. José R. Vidal durante el año 2016".

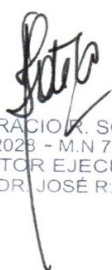
Corrientes, 29 de agosto de 2017

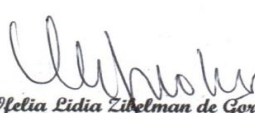
Dr. Carlos Thompson
S / D:

Me dirijo a Ud. a fin de poner en su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación del Hospital *ha evaluado y aprueba* la documentación enviada para realizar un Trabajo de Tesis.

El trabajo propuesto: *"Relación de los factores de riesgos con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. José R. Vidal durante el año 2016"* en el marco de la Maestría en Gestión de Salud Pública con Orientación en Prácticas Preventivas, se llevará a cabo cumpliendo con lo establecido en el Acuerdo de Compromiso y Confidencialidad acordado. Se le informa que deberá elevar informe final y toda comunicación o publicación científica que se produjera como resultado del estudio al Departamento de Investigación.

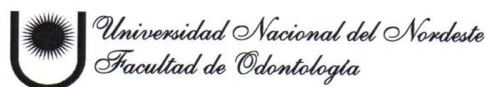
Sin otro particular saludo a Ud. atentamente.


Dr. HORACIO R. SOTELO
M.P. 2023 - M.N. 77329
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSP. "DR. JOSÉ R. VIDAL"


Dra. Ofelia Lidia Zibelman de Gorodner
Presidente
Comité de Ética en Investigación
Hosp. Central "Dr. José R. Vidal"

Maestría en Gestión de la Salud Pública con Orientación en Prácticas Preventivas - FOUNNE
 “Relación de los factores de riesgo con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. José R. Vidal durante el año 2016”

12. C



CERTIFICADO DE MATERIAS APROBADAS Y DESAPROBADAS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA CON ORIENTACIÓN EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS

----- Certifico que Thompson (h), Carlos, DNI: 26374535, libreta universitaria N° 83, ha aprobado o desaprobado las siguientes asignaturas de la Carrera: MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA CON ORIENTACIÓN EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS, Plan de estudios: 31/2015

Asignatura	Fecha	Por	Result.	Nota	Concep.	Acta o Res.
(0602) BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA	14/03/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1828
(0603) METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	08/05/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1684
(0608) EPIDEMIOLOGÍA	26/05/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1685
(0601) EPISTEMOLOGÍA	30/06/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1683
(0605) INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	10/09/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1829
(0604) BIOESTADÍSTICA	30/10/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1686
(0606) BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN	06/11/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1830
(0610) GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	06/11/2015	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	2077
(0615) TALLER DE TESIS I	10/03/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1755
(0609) SALUD DE LAS POBLACIONES	30/03/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1831
(0611) PLANIFICACIÓN EN SALUD	10/05/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1832
(0607) REDACCIÓN CIENTÍFICA	13/06/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1833
(0612) ATENCIÓN PRIMARIA	12/09/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1834
(0613) EDUCACIÓN PARA LA SALUD	14/10/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1835
(0616) TALLER DE TESIS II	12/11/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1837
(0614) PRÁCTICAS PROFESIONALES: PREVENTIVA, SOCIAL Y COMUNITARIA	14/11/2016	Promoc.	Aprob.	Aprobado	Aprobado	1836

Promedio Academico: no tiene materias promediables a | Promedio Historico: no tiene materias promediables a |

OBSERVACIONES:

----- A pedido del interesado y para ser presentado ante QUIEN CORRESPONDA. Expido el presente en CORRIENTES, ARGENTINA a los 14 días del mes de noviembre de 2018

Prof. NILDA Ma. del R. ALVAREZ
 Secretaria de Posgrado
 Fac. de Odontología

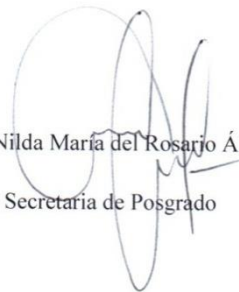
Maestría en Gestión de la Salud Pública con Orientación en Prácticas Preventivas - FOUNNE
"Relación de los factores de riesgo con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Dr. José R. Vidal durante el año 2016"

12. D



-----CERTIFICO que THOMPSON, CARLOS (M.I. N° 26.374.535) No adeuda arancel alguno correspondiente a la "Carrera Maestría en Gestión de la Salud Publica con Orientación en Ciencias de la Salud" Res. N° 650/11 C.S.-----

-----Se extiende la presente constancia a los 14 días del mes de noviembre de 2018 al solo efecto de ser presentada ante las autoridades correspondientes-----


Mgter. Nilda María del Rosario Álvarez
Secretaria de Posgrado