



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Osvaldo Oscar Santiago

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" Lanús, 1998-2002

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

Marcio Alazraqui

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Santiago, Osvaldo Oscar. (2005). Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" Lanús, 1998-2002 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/016429_Santiago.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
2001-2003**

**TRABAJO DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGÍSTER**

**Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas,
residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital
Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 - 2002.**

**CANDIDATO:
OSVALDO OSCAR SANTIAGO**

**DIRECTOR:
DR. MARCIO ALAZRAQUI**

Año 2005

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCION	5
Justificación	5
Desarrollo	6
Importancia sanitaria	6
Importancia del problema	6
Incremento del crecimiento poblacional	8
Repercusión en la salud materno-fetal	8
Contribución a la persistencia de la pobreza	11
Impacto económico	11
Causas del embarazo en la adolescencia	12
Factores predisponentes	12
Factores determinantes	15
Características locales	17
Partido de Lanús	17
Hospital Interzonal General de Agudos “EVITA”	20
OBJETIVOS	22
MATERIAL Y METODOS	23
RESULTADOS	27
Análisis de las variables	29
Características previas a la gestación	29
Antecedentes personales patológicos	31
Características del embarazo	32
Características de la finalización del embarazo	40
Datos Neonatales	44
Análisis comparativo entre las adolescentes menores de 16 años y las mayores a esa edad.	48
Análisis comparativo entre las embarazadas adolescentes y embarazadas mayores	50
Distribución geográfica de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA”, Lanús, 1998 – 2002	54

DISCUSION	64
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	78
I. Variables utilizadas	78
II. Índice de tablas	80
III. Índice de gráficos	85
IV. Índice de mapas	86
V. Glosario	88

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescencia es un problema importante para la salud pública, siendo causa de partos prematuros y recién nacidos de bajo de peso. En el partido de Lanús casi el 10% de las mujeres menores de 20 años ha tenido por lo menos un hijo vivo. Se lo considera un fenómeno multifactorial, con factores predisponentes y determinantes.

Objetivo General: Analizar el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas residentes en el partido de Lanús, que finalizaron sus embarazos en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "EVITA" Lanús durante el período 1998 – 2002.

Material y Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico transversal utilizando como fuentes de datos las historias clínicas, los libros de registros de nacimientos y los informes de egresos del HIGA "EVITA" Lanús. Se realizó un análisis estadístico de las variables con las características personales y antecedentes de la adolescente; los datos del embarazo, su finalización y los datos de los recién nacidos, y se comparó los resultados entre distintos grupos etarios, utilizando los diversos programas informáticos. Se georreferenciaron los domicilios de las adolescentes utilizando el programa MapInfo Professional® Versión 7.0.

Resultados: Se analizaron 1104 embarazos de adolescentes residentes en el partido de Lanús. La adolescente promedio asistida tuvo su menarca a los 12,4 años, su inicio de actividad sexual a los 15,4 años, y finalizó su embarazo a los 17,7 años habiendo tenido 2 parejas sexuales. El 10% no realizó controles prenatales. Las que lo hicieron, tuvieron en promedio 3 controles a partir de las 23 semanas. Las patologías más frecuentes fueron la hipertensión arterial, la amenaza de parto prematuro y la infección urinaria.

Se asistieron a 936 partos y 168 abortos, uno de los cuales provocó la muerte de la adolescente. El 8.2% fueron partos prematuros. La frecuencia de cesáreas fue del 12%. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3006 gramos. Comparando los resultados hallados en el análisis epidemiológico de las adolescentes con los de las embarazadas adultas, se encontró que en el primer grupo fue más frecuente el parto prematuro, y patologías graves como la eclampsia. Los hijos de madres adolescentes tuvieron menor peso que los de las adultas.

El domicilio de la población en estudio se concentra en Lanús Oeste y principalmente en las zonas de villas. En los mapas se observa la relación geográfica entre las Unidades Sanitarias y los domicilios de las embarazadas adolescentes.

Conclusiones: La problemática del embarazo en la adolescencia debe ser encarada desde varias disciplinas, pero poniendo énfasis en su prevención, tanto del embarazo, mediante educación sexual y uso de métodos anticonceptivos eficaces, como de las patologías que acompañan al mismo, muchas de las cuales pueden mitigarse mediante el control prenatal precoz, periódico, completo y adecuado a cada situación. Para esto es necesario replantear el papel de los distintos efectores de salud, empleando al personal más capacitado para hacer frente a los problemas más graves.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy during adolescence is a very important problem for national health, as it's the main reason for premature birth and low-birth-weight. In Lanús, almost 10% of women under 20 have given birth to at least one alive baby. This is considered a phenomenon with deterministic and predisposing factors.

General objective: Analyze the epidemiologic profile of pregnant adolescents living in Lanús and who have give birth in Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "EVITA" Lanús between 1998 – 2002.

Material and Methods: This transversal epidemiologic research work was carried out taking into account clinical records, birth entry books and leaving reports of HIGA EVITA Lanús. It has been analyzed the variables connected with the personal characteristic and antecedent of the adolescents, information connected with the pregnancy and information related to newborn and the results among the different groups were compared using diverse software. The adolescent's residences were georeferencing with the software MapInfo Professional ® Version 7.0.

Results: 1104 pregnancies of adolescents living in Lanús were analyzed. The mean adolescent assisted had her menarche at the age of 12.4 and started her sexual life at the age of 15.4 and finished her pregnancy at the age of 17.7 having had 2 sexual couples. Ten percent of those adolescents didn't have prenatal controls. Those who had went to the control only three times once after 23 week of pregnancy. The most frequent pathologies were hypertension, labor preterm and urinary infection.

936 deliveries and 168 abortions were assisted, one leading to the death of the adolescent. 8.2% of them were premature birth. The incidence to caesarean sections was 12%. The mean weight of the newborns was 3006 gr. Comparing both the results found in the epidemiologic analysis of adolescents and pregnant adult, it's established that there are more frequent premature birth and serious pathologies such as eclampsia in the first group. Babies delivered by adolescents had lower weight than those delivered by adults.

Most people's addresses considered for this study are in Lanús Oeste and shanty towns nearby. In the maps is observed the geographic relationship among the Health Centres and pregnant adolescent's residences.

Conclusions: Problems coming from an adolescent pregnant should be considered for several disciplines, putting special emphasis to the prevention of pregnant, providing adolescents with sexual education and teaching then the use of useful contraceptive methods, but also to pathologies coming from those early pregnancies, since most of then could be avoided by a good early, regular control suitable to each situation. To achieve this goal, the role of health professionals should be reconsidered, taking on the most qualified candidates capable of founding these serious problems

INTRODUCCIÓN

Justificación

El embarazo en mujeres adolescentes, es uno de los problemas más críticos de salud pública, debido a las repercusiones tanto médicas como sociales.

Según los datos del Ministerio de Salud de la Nación, tres de cada 20 argentinos es hijo de una madre adolescente. Unos 101.000 nacidos vivos son hijos de una madre menor a 20 años (MSAS, 2002).

En la provincia de Buenos Aires la tasa de embarazo en la adolescencia fue del 12.2% en el 2001. En el partido de Lanús en el censo del año 2001, el 9.3% de las mujeres menores de 20 años había tenido hijos nacidos vivos (INDEC, 2001).

Debido a la importancia sanitaria de esta realidad, se decidió encarar esta investigación sobre las embarazadas adolescentes residentes en el partido de Lanús, que fueron asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús.

La decisión de analizar solo los datos de las pacientes domiciliadas en Lanús se debió a que este trabajo formó parte de la Investigación sobre Equidad en Salud en el partido de Lanús, realizada por el equipo de docentes e investigadores de la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Se realizó el análisis de la distribución espacial de los domicilios de las embarazadas adolescentes, a partir de la georreferencia, y de esta manera permitió conocer el mapa de distribución del problema en el partido.

Siendo médico obstetra del Servicio de Maternidad de dicho hospital, y conociendo la necesidad de informatizarlo, decidí realizar, en 1993, una base de datos de todas las embarazadas internadas en el Servicio, con el fin de mejorar los registros y permitir un mejor análisis del proceso salud – enfermedad – atención. A partir de esta base (que ha sido mejorada paulatinamente) se obtuvo los datos de las adolescentes que fueron asistidas en su parto o aborto tardío.

Debido a que múltiples personas confeccionaron las historias clínicas, y varias ingresaron los datos a la computadora, a pesar de haberse realizado un control periódico de la información recogida, no fue constante la calidad de los registros, habiendo disparidad de criterios en la toma de datos y su interpretación en especial en educación y estado civil.

A pesar de ello, he podido recuperar algunos datos al asistir a las pacientes personalmente en nuevos embarazos, o por la búsqueda de ellos directamente de las historias clínicas.

Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Está comprendida entre los 10 y 19 años, y se divide en adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media (o propiamente dicha) de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años (OMS, 1977; Coll, 1997).

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo, se expuso que: "La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y los hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. Sobre todo en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo, y es probable que produzcan efectos negativos a largo plazo en la calidad de vida de ellas mismas y de sus hijos" (ONU, 1994).

El Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL-CELADE), declaró que "el embarazo adolescente es un motivo de preocupación por sus efectos sobre la salud materna e infantil, particularmente por la alta incidencia de la morbimortalidad materna, y por sus consecuencias psicosociales, tales como la interrupción del proceso educativo, desventajas en la preparación para ingresar al mercado laboral y dificultades para consolidar una pareja" (CEPAL-CELADE, 1996).

Importancia sanitaria

Siguiendo el modelo de análisis que Claudio Stern (1997) realiza sobre el embarazo en la adolescencia en México, se podría profundizar el tema desde distintos puntos de vista.

Importancia del problema

La frecuencia del embarazo en la adolescencia se mantuvo estable en los últimos 10 años en el país. Si bien la tasa de fecundidad adolescente ha ido disminuyendo paulatinamente desde los años 50, ese descenso es menos marcado que el que muestra la tasa general de fecundidad, lo que explica un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos hasta 1996, desde ese entonces hubo un leve descenso (Tabla 1).

Tabla 1: Porcentaje de recién nacidos vivos de madres menores de 20 años en relación al total de mujeres con partos de recién nacidos vivos. República Argentina.

AÑO	PORCENTAJE DE RN DE MADRES ADOLESCENTES
1958	11.2
1980	13.3
1990	14.2
1991	14.9
1993	15.0
1996	15.9
1999	15.2
2000	15.1
2001	14.8
2002	14.6

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Programa Nacional de Estadísticas de la República Argentina.

Este problema no es privativo de la Argentina o de países capitalistas subdesarrollados dependientes, los países centrales también lo padecen.

La tasa nacional de nacimientos de hijos de madres adolescentes entre 15 y 19 años de EEUU en 1997 fue de 5.2%, pero esta fue mayor en las adolescentes de origen latino (9.7%). En el estado de California en 1998 se analizó esta tasa, según el origen de la población latina, encontrando el mayor valor en las mexicanas, el 11.2%, le siguieron las portorriqueñas con el 7.5%, otras latinas 7.2%; teniendo la tasa más baja las cubanas 3.8% (National Vital Statistics, 1999).

Dentro de la Argentina la tasa no se distribuye uniformemente, siendo la más alta de 24.5% en Chaco, y la más baja de 5.2% en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Al analizarla por regiones, el Noreste argentino tiene la tasa más alta y la del Centro la más baja (MSAS, 2002). Estos valores están relacionados con el desarrollo económico y el nivel educativo.

Incremento del crecimiento poblacional

Un argumento que se ha utilizado, siguiendo la línea de pensamiento neomalthusiano, para considerar al embarazo en la adolescencia como problema público, es el demográfico, teniendo en cuenta sus consecuencias para el crecimiento de la población, ya que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y con intervalos intergenésicos muy cortos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población (Population Referente Bureau, 1992). Los que sostienen esta teoría suponen que el embarazo en la adolescencia contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo hiciera de manera desmesurada, podría constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por lo tanto, definirse como un problema público legítimo. Empero, habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población, que probablemente no sea muy elevado y analizarlo separadamente en cada estrato social, por ejemplo en los sectores más pobres de la sociedad, el embarazo en la adolescencia es más elevado, pero la tasa de fecundidad general tiende a ser elevada, independientemente de la edad del primer embarazo (Stern, 1997). Marx afirmó que el crecimiento de la población no implicaría un crecimiento de la pobreza, ya que traería un aumento de la producción. Según este autor, la pobreza sólo llegaría con la explotación social (Marx, 1956).

Existen países que se han enriquecido al aumentar la población como Taiwan, Japón y Corea, esto se debió al desarrollo que acompañó al crecimiento.

Algunos autores propician distintos métodos de control de la natalidad, como el uso masivo de anticonceptivos para disminuir la tasa de embarazo en la adolescencia, el retraso en el matrimonio hasta tener las condiciones económicas necesarias para establecer una familia; además de esto, debería mejorarse el nivel educativo, promoviendo la inserción laboral de la mujer, rompiendo el círculo vicioso de la pobreza.

Repercusión en la salud materno-infantil

A pesar de que el embarazo en la adolescencia es responsable del 15% de los nacimientos del país, tiene un menor peso en la tasa de mortalidad materna, solo el 10% de los óbitos son adolescentes. También en este grupo etario es menor el porcentaje de muertes maternas relacionadas con abortos.

Estos datos surgen de los informados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, pero se debe tener presente el subregistro de la mortalidad materna (Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 2: Relación porcentual entre el número de muertes maternas en todas las edades y en menores de 20 años. República Argentina. 1998 - 2002.

AÑO	Nº DE MUERTES MATERNAS EN TODAS LAS EDADES	Nº DE MUERTES MATERNAS EN MENORES DE 20 AÑOS	% DE MUERTES MATERNAS EN MENORES DE 20 AÑOS
1998	260	27	10.38 %
1999	282	38	13.48 %
2000	245	30	12.24 %
2001	297	27	9.09 %
2002	320	32	10.00 %

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Programa Nacional de Estadísticas de la República Argentina, 1998 – 2002.

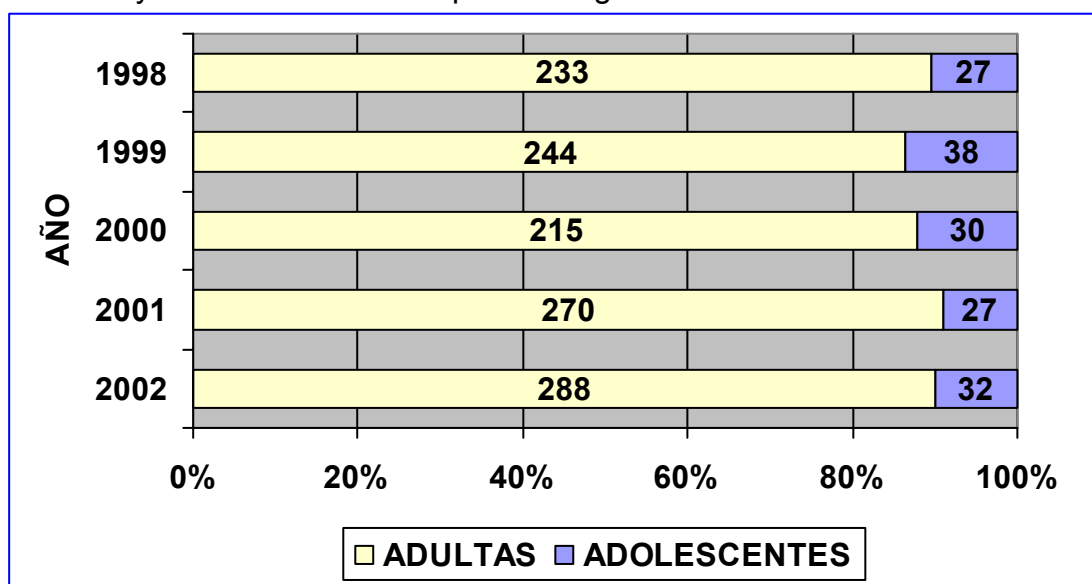
Tabla 3: Relación porcentual entre el número de muertes maternas por aborto en todas las edades, y en menores de 20 años. República Argentina. 1998 - 2002.

AÑO	MUERTES MATERNAS EN TODAS LAS EDADES		MUERTES MATERNAS EN MENORES DE 20 AÑOS	
	Total	Por aborto	Total	Por aborto
1998	260	88 (33.85%)	27	7 (25.93%)
1999	282	87 (30.85%)	38	10 (26.32%)
2000	245	72 (29.39%)	30	8 (26.67%)
2001	297	82 (27.61%)	27	7 (25.93%)
2002	320	100 (31.25%)	32	8 (25.00%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Programa Nacional de Estadísticas de la República Argentina, 1998 – 2002.

En el Gráfico 1 se observa el número de muertes maternas de adultas y adolescentes en el período 1998 – 2002, y su relación porcentual.

Grafico 1: Relación porcentual entre las muertes maternas de mujeres adultas y de adolescentes. República Argentina. 1998 – 2002.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Programa Nacional de Estadísticas de la República Argentina, 1998 – 2002.

En la Tabla 4 se analiza lo ocurrido en el partido de Lanús en ese quinquenio.

Tabla 4: Causas de muertes maternas de mujeres residentes en el partido de Lanús. 1998 – 2002.

AÑO	Nº DE MUERTES MATERNAS	CAUSAS DE MUERTE	GRUPO ETARIO
1998	1	ABORTO	MAYOR
1999	0	-	-
2000	3	ABORTO	ADOLESCENTE
		HIPERTENSION	MAYOR
		PLACENTA PREVIA	MAYOR
2001	2	ENFERMEDAD MATERNA NO ESPECIFICADA	ADOLESCENTE
		ABORTO	MAYOR
2002	1	PLACENTA PREVIA	MAYOR

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Programa Nacional de Estadísticas de la República Argentina, 1998 – 2002

En América Latina se estima que el 40% de los embarazos adolescentes terminan en abortos, siendo Chile el país que tiene la mayor proporción, el 60%, y México la menor 20% (Singh y Wulf, 1990).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Las complicaciones maternas más frecuentes son: hipertensión arterial inducida por el embarazo, anemia, abortos, parto prematuro y restricción de crecimiento intrauterino. Las complicaciones neonatales e infantiles son: prematuridad, bajo peso al nacer, maltrato infantil, accidentes, muerte súbita, desnutrición y retardo del desarrollo psico-físico (Coll, 1997; Zacharias y Wartman, 1966; Burrows y Ferris, 1984).

Contribución a la persistencia de la pobreza

Este argumento, esgrimido por algunos autores, se basa en que el embarazo en la adolescencia coarta las posibilidades de tener una escolarización suficiente. La madre adolescente, al tener menor capacitación, solo puede acceder a trabajos no calificados y poco remunerados, y esto conlleva a una menor disponibilidad de recursos que permitan un adecuado desarrollo de sus hijos, por lo que estos son pobres creando un círculo vicioso (Stern, 1997, Malthus, 1997). Klepling (2004) describe que el 16% de las adolescentes son pobres, aumentando este valor a 23% cuando ya son madres. Buvinic (2004), en un trabajo en México, Guatemala y Chile, dice que el ingreso de las madres adolescentes pobres, disminuye un 50%, a los 5 años del parto, y su sueldo lo hace un 25%.

Ante el problema del embarazo en la adolescencia, se ha propuesto como solución un mayor acceso a los métodos anticonceptivos de la población carenciada. En muchos sectores de la sociedad, en especial en las áreas rurales y en las regiones marginales urbanas, no se ve al embarazo en la adolescencia como un problema sino como una elección de vida, una forma de realizarse como mujer, en una sociedad machista que no le ofrece posibilidades de desarrollo personal. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. En tanto esto no suceda, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo (Stern, 1997)

Impacto económico

El análisis del costo de salud del embarazo en la adolescencia fue bien estudiado en Estados Unidos donde se gastan entre 5 y 7 mil millones de dólares en servicios de asistencia a familias de padres adolescentes (California Legislative Analyst, 1995).

Un estudio analizó la implementación de un programa de administración de métodos anticonceptivos en adolescentes, e informa que han ahorrado 512 millones de dólares, que se hubieran gastado en la asistencia médica y social para la madre y el niño. Calculan que por cada dólar gastado en el programa se logró un ahorro de 4,48 dólares. (California Office of Family Planning, 2001)

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Causas del embarazo en la adolescencia

La Dra Ana Coll (1997) describe una serie de factores intervinientes en este problema de salud.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno multifactorial de orden fundamentalmente psicosocial. Si bien ocurre en todos los estratos sociales tiene distintas características y evolución, en los estratos altos y medios, la mayoría de las adolescentes deciden voluntariamente interrumpir el embarazo; en cambio en los más bajos en general continúan con él.

Existen factores predisponentes y factores determinantes del embarazo en la adolescencia (Coll, 1997). La presencia de los primeros permite detectar a las jóvenes con más riesgo de quedar embarazadas, y de esa manera poder realizar acciones preventivas sobre los segundos.

Factores predisponentes:

a) Menarca temprana: al producirse la primera menstruación, la adolescente ya tiene capacidad reproductiva, pero su desarrollo psíquico no puede manejar situaciones de riesgo. La edad de la menarca es cada vez menor, los libros clásicos de Ginecología de la década del 80 estimaban la menarca para nuestro país a los 13 años (Calatroni y Ruiz, 1981; Gori, 1982; Guixa y Otturi, 1982). Zacharias y Wartman (1966) dicen que la edad de la menarca disminuye 3 a 4 meses cada 10 años, luego de un estudio de 100 años. En la Maternidad del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "EVITA" Lanús, el promedio, en la población asistida, de la edad de la menarca es de 12.1 ± 3.0 años (Santiago, 2004)

b) Inicio precoz de las relaciones sexuales: cuando sucede la joven todavía no tiene la madurez psico-emocional necesaria para una adecuada prevención del embarazo. Pick de Weiss (1991) dice que las mujeres no matriculadas en la escuela, así como las que han perdido la motivación para proseguir estudiando, tienen más probabilidades de iniciar tempranamente sus relaciones sexuales. Méndez Ribas describe la edad promedio de inicio de relaciones sexuales para mujeres de Buenos Aires a los 15.7 años, en un estudio sobre adolescentes (OPS, 2000).

En la Maternidad del HIGA EVITA Lanús, la edad de inicio de las relaciones sexuales, en la población asistida, fue a los 16.4 ± 4.0 años (Santiago, 2004).

c) Familia disfuncional: la ausencia de una familia continente, desorganizada, asentada en sucesivas uniones maritales, con roles poco claros, genera carencias afectivas que la joven no puede resolver, esto puede llevar a tener relaciones sexuales en busca de un vínculo de amor. La madre es un elemento aglutinante pero que muchas veces está ausente por razones laborales, o es un mal ejemplo para la joven; ya que es maltratada por las distintas parejas con las cuales engendra un hijo tras de otro. En esta inestabilidad en las relaciones sentimentales, la joven se identifica con la figura materna, lo que favorece la repetición de la historia (Coll, 1999). Las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser también madres adolescentes (Lete Lasa, 2001).

La figura masculina es cambiante y en general no asume el rol paterno con los hijos de la mujer, limitándose a una función sexual para la madre, y a veces tiene una función proveedora para la familia. Algunas veces la pareja es varios años menor que la mujer, y provoca una situación ambigua entre las mujeres de la casa y él. Estos modelos masculinos carecen muchas veces de funciones paternas como ser autoridad, afectividad y responsabilidad. Ante estas situaciones la adolescente, para separarse de la familia, busca un embarazo, esperando ser acogida por la familia de su pareja. Otras buscan embarazarse porque su hermano más chico ya creció, y necesita cuidar a alguien (Coll, 1999).

d) Factores culturales: hay una aceptación social a la libertad sexual, con gran influencia de los medios de comunicación y por algunos tipos de músicas populares, especialmente las escuchadas por los sectores más bajos de la sociedad, los cuales ponen énfasis en los placeres del sexo, y a su vez, existe la presión ejercida en distintos ámbitos por sus compañeros varones sobre las adolescentes. A esto se le suma el consumo de alcohol y otras drogas que favorece el inicio precoz de las relaciones sexuales.

e) Bajo nivel educativo: una inadecuada educación lleva al desconocimiento y la desinformación, tanto de los cambios corporales propios de la adolescencia, como de los mecanismos de prevención del embarazo. El estudio "Riesgo reproductivo en la adolescencia", realizado por Rosa Geldstein y Edith Pantelides y editado por UNICEF Argentina en el 2001, da cuenta de la desigualdad en el acceso a la información. Sólo el 32% de las adolescentes de clase baja conoce al menos cuatro métodos anticonceptivos, un porcentaje que se eleva a 61% entre las adolescentes de clase media alta (Geldstein y Pantelides, 2001). Además se agrega la persistencia del pensamiento mágico, creen que no se van a embarazar si ellas no lo desean, tienen la fantasía de que son estériles, que la primera relación no embaraza, etc.

Existen mitos sexuales que circulan entre los adolescentes, como ser que el embarazo no se produce si no hay orgasmo femenino; o si no hay penetración completa (Coll, 1997), o que se debe tener relaciones lejos de la menstruación porque durante la regla “el útero está abierto y es más fácil embarazarse”. También tiene influencia negativa la ausencia de intereses en general y de proyectos de vida. En los estratos sociales bajos ser madre puede ser el máximo logro femenino, ser una realización personal.

El 27,3% de las mujeres más pobres del país fueron madres antes de los veinte años, cuando sólo el 1,6% de las mujeres del estrato de ingresos más alto ha tenido experiencias de maternidad temprana, según un reporte difundido en 2003 por el Gobierno Nacional (SIEMPRO, 2003).

La tasa de fecundidad de las adolescentes que han completado su educación secundaria es menos de un tercio de la de sus contrapartes con menor escolaridad (BID, 2000).

En el Caribe, el embarazo es el motivo más común de la deserción escolar (Population Reference Bureau, 1992). Un análisis de cuatro estudios en la región observó que la maternidad entre adolescentes está relacionada con condiciones socioeconómicas adversas y oportunidades escasas de ingresos para las madres jóvenes, sobre todo para las pobres (Buvinic, 1997).

f) Migraciones recientes con pérdidas de los vínculos familiares: esto lleva a la joven a buscar nuevos afectos. En estas migraciones las jóvenes suman a sus propias pautas socioculturales las pautas del lugar donde se instalan, produciéndose “estructuras culturalmente mixtas” (Coll, 1999). Muchas veces se encuentran con normas y valores contradictorios con los propios. “La forma de preservarse del choque desintegrador que implica el traslado a un medio diferente, es la reconstrucción, por ejemplo, de las pautas provincianas al medio suburbano, favoreciendo una respuesta -el embarazo- que se corresponde más con su cultura de origen” (Coll, 1999).

g) Relación conflictiva con sus padres: cuando hay una severa censura a la actividad sexual, muchas adolescentes tienen relaciones como acto de rebeldía hacia la autoridad (Coll, 1997). Algunas manifiestan que se han embarazado para poder irse de su casa, y otras para tener algo que les pertenezca, que les sea propio

Un estudio en Estados Unidos en jóvenes hispanas concluyó que cuando la madre habla de sexo con su hija disminuye las chances de embarazo (Odds ratio 0.3) (Lete Lasa, 2001).

h) Características habitacionales: en los niveles socio-económicos más bajos, la vivienda suele estar constituida por un solo dormitorio compartido por los padres e hijos, y muchas veces en una sola cama duermen varias personas. En esta situación de cohabitación y colecho, los niños ven a su madre teniendo relaciones sexuales, a veces con alguien que no es su padre, esto puede llevar a que las adolescentes tengan relaciones con sus hermanos o primos con quienes duermen.

Factores determinantes

a) Relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos: entre el 30 al 35% de las primeras relaciones sexuales se realizan sin utilizar anticoncepción (Lete Lasa, 2001).

Hay adolescentes que carecen de información relativa a la sexualidad, las funciones de su cuerpo y de la forma de cuidar su salud. En otros casos conocen los métodos anticonceptivos pero no saben como acceder a ellos; y otras deciden no usarlos porque se creen estériles o creen que lo son sus parejas. Muchas adolescentes conocen el uso del condón pero a veces no lo usan porque el hombre le pide “una prueba de amor”, que consiste en una relación sin protección. Otras veces ambos conocen el uso del condón pero el varón se niega a usarlo aduciendo disminución de la sensibilidad durante el acto sexual.

Muchas parejas creen que el *coitus interruptus*, el método de Billings, la abstinencia periódica u otros métodos “naturales” (como algunas tizanas) son prácticas seguras para prevenir los embarazos, lo que lleva luego a la aparición de embarazos.

En general las adolescentes no tienen una adecuada educación sexual. En un estudio en España sobre la información sexual de los jóvenes, el 51% la obtienen de los medios de comunicación, y un 49% de sus amigas. El mismo informe indica que el 15% de los adolescentes tienen sus primeras relaciones luego de tomar alcohol y alguna droga; y que el 17% de los adolescentes no usan condón luego de beber (Lete Lasa, 2001).

b) Abuso sexual y violación: muchos de estos casos se producen en el seno del hogar, por parte de la pareja de la madre, o algún pariente o allegado.

La adolescente, además de estos factores predisponentes y determinantes, se ve influenciada por el medio familiar, social y cultural donde vive. La realidad socioeconómica del país también influye sobre el embarazo en la adolescencia. En los últimos años el empobrecimiento de la población, la falta de trabajo para los jóvenes, el deterioro de la educación y de la salud pública, llevaron a potenciar estos factores, favoreciendo no solo el embarazo en la adolescencia, sino también la aparición y difusión de patologías asentadas en la realidad social, como ser violencia, desnutrición, tuberculosis, VIH/SIDA, abandono infantil, etc. En un informe de SIEMPRO se describe en el año 2001 que el nivel de pobreza en todo el país, en los adolescentes entre 13 y 18 años era del 55.3%, con un nivel de indigencia de 22.3%; siendo más alto para la provincia de Buenos Aires 57.4% y 22.9% respectivamente. En el 2002 la mitad de la población pobre nacional estaba integrada por niños y adolescentes. A su vez en 1999, el 12.6% de los adolescentes entre 15 y 19 años del Gran Buenos Aires no trabajaban ni estudiaban y la mitad de estos eran pobres. Más de 4 de cada 10 adolescentes que dejaron la escuela eran pobres. El 21% de los adolescentes pobres no concluyó el nivel secundario (SIEMPRO, 2002).

Características locales

Partido de Lanús

La presente investigación se realizó en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "EVITA" de la ciudad de Lanús. El partido de Lanús se halla lindero a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, separado de esta por el Riachuelo; además limita con los partidos de Lomas de Zamora, Quilmes y Avellaneda. Tiene una superficie de 45 km², y una población de 453.082 habitantes con una densidad de población de 10.068 hab / km² (INDEC, 2001), siendo la totalidad población urbana. Según el último censo la cantidad de mujeres entre 14 y 19 años es de 21.045. De estas 1591 (7.56%) ya habían tenido por lo menos un hijo nacido vivo al momento de la realización del censo (Tabla 5).

Tabla 5: Número de nacidos vivos, según la edad de la madre, en el partido de Lanús, 2001.

NUMERO DE NACIDOS VIVOS	14 AÑOS	15 – 19 AÑOS
NINGUNO	3415	16039
1	64	1270
2	5	189
3	15	23
4	-	16
5	-	6
6	-	3

Fuente: INDEC, Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001

En la Tabla 6 y en el Gráfico 2 se observan los nacidos vivos de las mujeres residentes de Lanús entre 1998 y 2002.

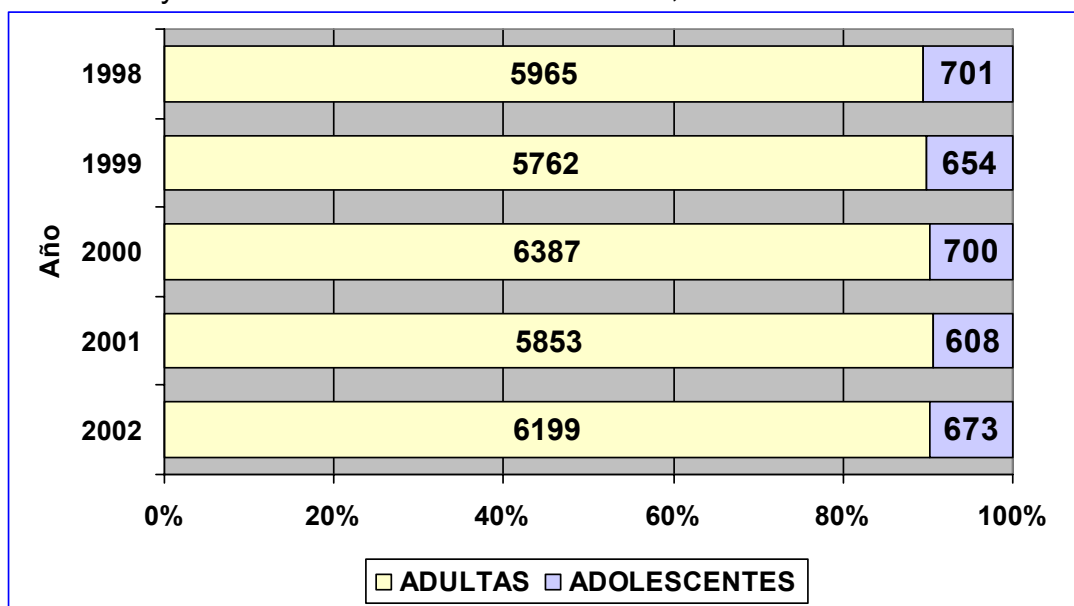
Tabla 6: Número de nacidos vivos de mujeres residentes en Lanús, de todas las edades y en menores de 20 años, entre 1998 y 2002

AÑO	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	NACIDOS VIVOS EN MENORES DE 20 AÑOS	PORCENTAJE
1998	6666	701	10.52 %
1999	6416	654	10.19 %
2000	7087	700	9.88 %
2001	6461	608	9.41 %
2002	6872	673	9.79 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 1998 -2002

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Grafico 2: Relación porcentual del número de recién nacidos entre mujeres adultas y adolescentes residentes en Lanús, en los años 1998 – 2002.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud años 1998 -2002

El partido de Lanús está conformado por 6 localidades, las cuales tienen distintas características sociodemográficas (Tabla 7).

Tabla 7: Población por localidades del partido de Lanús, 2001

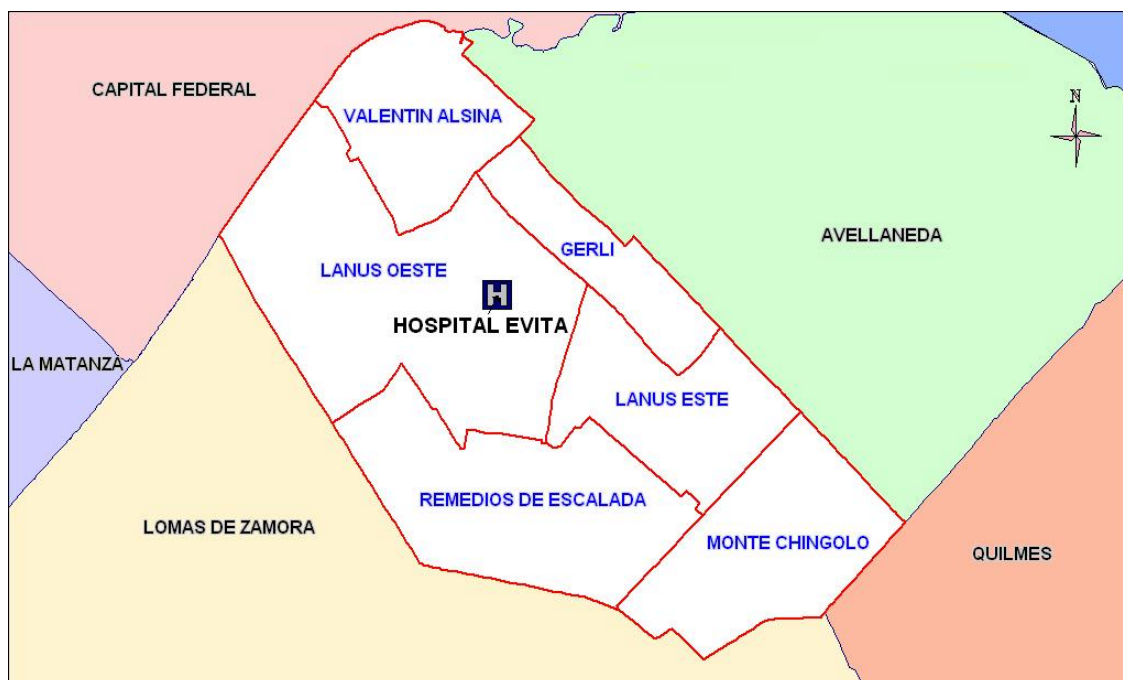
LOCALIDAD	TOTAL	VARONES	MUJERES
Gerli	33.250	15.610	17.640
Lanús Este	55.199	25.717	29.482
Lanús Oeste	156.953	74.556	82.397
Monte Chingolo	85.060	41.435	43.625
Remedios de Escalada de San Martín	81.465	38.426	43.039
Valentín Alsina	41.155	19.471	21.684
Total del partido de Lanús	453.082	215.215	237.867

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001

En el Mapa 1 se observa el partido de Lanús con sus localidades y la ubicación del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "EVITA" Lanús.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 1: Partido de Lanús, sus localidades, y ubicación del HIGA “EVITA” Lanús.



Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Algunas de las características de la población son:

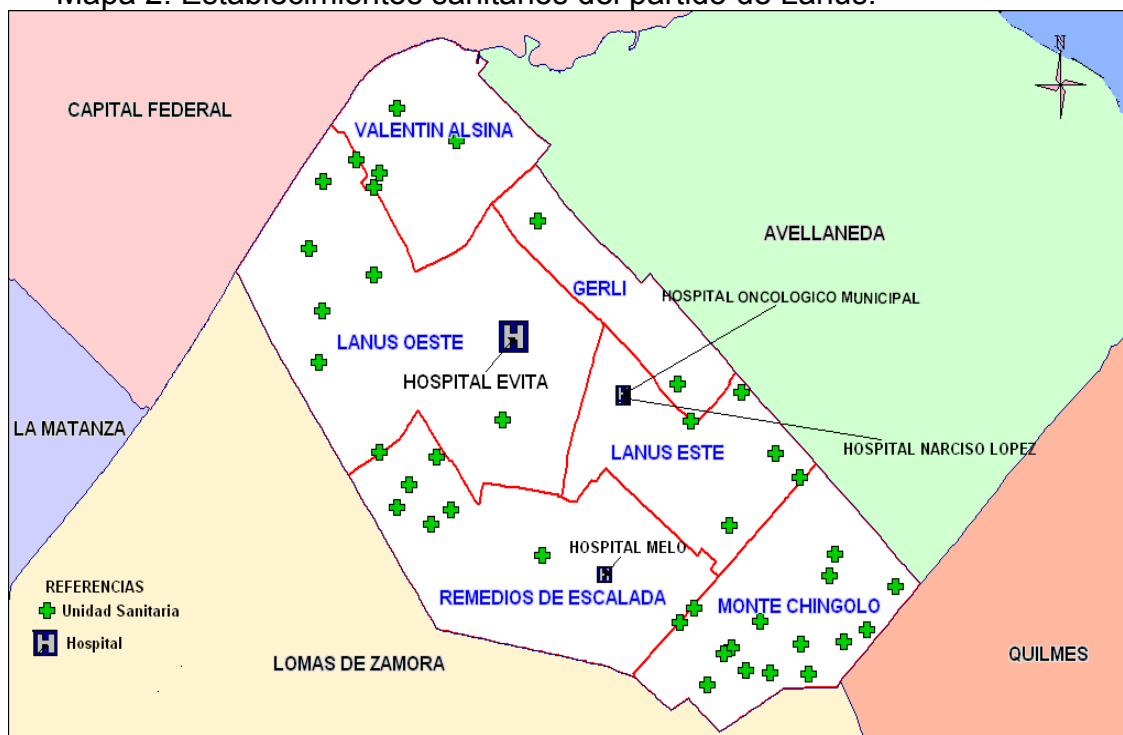
- 11.7% con necesidades básicas insatisfechas (NBI)
- 11.7% de viviendas deficitarias
- 2.6 % de viviendas con hacinamiento crítico
- 98.8% tiene agua potable de red
- 28.6% tiene desagüe cloacal
- 45.6% de la población no tiene cobertura de salud
- 25.7% son mujeres en edad fértil
- 1.7 promedio de hijos por mujer
- 1.2 tasa de analfabetismo

(INDEC, 2001)

Casi el 12% de la población vive en villas, las cuales tienen una buena provisión de agua potable, pero existe en el partido una importante carencia de cloacas, no solo en estas zonas sino también en zonas más acomodadas. Casi la mitad de la población que no tiene cobertura de salud por obra social o medicina prepaga, se atiende en la red pública de salud, la cual está compuesta por Unidades Sanitarias, en el primer nivel de atención; 3 hospitales zonales, el Narciso López, el Dr. Arturo Melo, y el Dr. Luis Máspero; un hospital interzonal, el “EVITA” Lanús; y un hospital especializado, el de Oncología (Mapa 2).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.
Osvado Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 2: Establecimientos sanitarios del partido de Lanús.



Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional © 7.0

Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "EVITA" Lanús.

El HIGA "EVITA", se halla ubicado en Lanús Oeste, fue inaugurado el 30 de agosto de 1952 por el Presidente Perón, y fue uno de los 3 hospitales, arquitecturalmente iguales, diagramados por el Ministro de Salud Ramón Carrillo para la atención del conurbano bonaerense; los otros 2 son el Hospital Presidente Perón de Avellaneda, y el Hospital Eva Perón de San Martín. Actualmente es un hospital de alta complejidad, que cuenta con Unidades de Terapia Intensiva de adultos, pediátrica y neonatal, Unidad Coronaria, Unidad de Trauma con tomografía computada y neurocirugía. Al ser un hospital Interzonal recibe población de los partidos de Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Almirante Brown y Quilmes.

Cuenta con un Servicio de Maternidad donde se realiza la atención de embarazos de bajo y alto riesgo, tiene 48 camas de internación y un plantel médico compuesto por un Jefe de Servicio, un Jefe de Clínica Obstétrica, un Jefe de Consultorios Externos, 8 médicos de planta y 11 médicos de guardia. Además 15 obstétricas trabajan en el Servicio. Existen consultorios especializados en Diabetes y Embarazo, Hipertensión Arterial, VIH, Patología del Tracto Genital Inferior en el Embarazo, y Embarazo en Adolescentes.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Oswaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Este último fue el primer consultorio especializado del Servicio, creado hace 20 años. En él se trabaja en forma interdisciplinaria con Servicio Social y Salud Mental. Funciona 2 veces por semana, en el Consultorio Externo de Maternidad, con el que comparte la sala de espera, pero el lugar de atención tiene una entrada independiente del consultorio general. Allí se realiza una entrevista con la trabajadora social y el médico obstetra. Además se cuenta con un Curso de Psicoprofilaxis exclusivo para las adolescentes, en donde participa una psicóloga, un neonatólogo y una obstétrica. El equipo de trabajo mencionado sostiene como idea central el derecho de la adolescente de decidir el momento de ser madre, acompañándola en esta decisión.

El Servicio también posee un sistema informatizado de registro de las pacientes que se internan. Este registro es sistemático desde 1994. Periódicamente se realizan correcciones para mejorar la calidad de la información registrada, permitiendo así obtener mejores datos de la actividad del Servicio y de las patologías prevalentes, lo que permite realizar una mejor utilización de la información para mejorar la gestión.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas residentes en el partido de Lanús que fueron asistidas en sus partos y abortos en el Hospital Interzonal General de Agudos “EVITA” Lanús de la Provincia de Buenos Aires entre el 1º de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2002.

Objetivos específicos

1. Cuantificar las características de las adolescentes previas al embarazo: edad, educación, estado civil, menarca, inicio de relaciones sexuales, número de parejas y antecedentes personales.
2. Determinar medidas de resumen y de dispersión de las variables del embarazo, su finalización y el resultado neonatal.
3. Comparar las características del embarazo, finalización de este y los resultados neonatales entre:
 - a) adolescentes menores y mayores de 16 años.
 - b) adolescentes y adultas
4. Determinar la distribución geográfica de las embarazadas adolescentes según domicilio habitual en el partido de Lanús.

MATERIAL Y METODOS

Se recabaron los datos de todas las embarazos asistidos en la Maternidad, y de todas las adolescentes embarazadas internadas en el Servicio de Ginecología del HIGA "EVITA" Lanús, entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2002. Se utilizaron como fuentes de datos las historias clínicas de la Maternidad, las cuales luego fueron ingresadas a una base de datos creada para el registro de las pacientes internadas en la Maternidad; y los informes de egresos del Servicio de Ginecología. Se recogieron los datos del domicilio de los libros de registro de nacimientos de la Maternidad, y de los registros del Servicio de Estadística del Hospital. La recolección de los datos de las pacientes internadas en la Maternidad se efectuó al momento del egreso hospitalario. Los datos del Servicio de Ginecología fueron obtenidos del Servicio de Estadística.

Se realizó un estudio epidemiológico transversal.

La población en estudio fueron todas las embarazadas que al finalizar su embarazo tenían menos de 20 años, residentes del partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, en el período antedicho; y las embarazadas con domicilio habitual en el partido de Lanús, mayores de esa edad que fueron asistidas en la Maternidad de dicho hospital en el mismo período.

Criterios de inclusión:

- certeza de embarazo, (mediante ecografía ginecológica, determinación de la fracción β de la gonadotropina coriónica; o examen clínico que lo constate o que diagnostique restos ovulares)
- domicilio habitual en el partido de Lanús

Criterios de exclusión:

- embarazo no confirmado
- domicilio habitual fuera del partido de Lanús
- falta del dato de la edad o fecha de nacimiento en la base de datos, historia clínica o libro de registro de nacimiento
- falta del dato del domicilio en la base de datos, historia clínica o libro de nacimiento

Se utilizó la edad referida en la definición de adolescencia de la OMS para determinar el grupo etario en estudio.

En cada embarazada se recogieron los siguientes grupos de variables (Anexo I):

- Datos personales (número de historia clínica, nombre y apellido, edad, domicilio, estado civil e instrucción)
- Antecedentes ginecológicos (edad de la menarca, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales)
- Antecedentes patológicos personales (enfermedades y adicciones)
- Antecedentes obstétricos (número de embarazos, número de partos y abortos previos, número de cesáreas previas, antecedentes de patologías en embarazos anteriores)
- Datos del embarazo en estudio (fecha de la última menstruación, intervalo intergenésico, número de controles prenatales, lugar de atención prenatal, edad gestacional en la primera consulta prenatal, peso materno previo al embarazo, talla materna, índice de masa corporal al inicio del embarazo y patologías del embarazo)
- Datos de la finalización del embarazo (fecha y hora de la finalización del embarazo, edad gestacional al finalizar el embarazo, ingreso en período expulsivo, tipo de terminación del embarazo, número de fetos, tipo de presentación, patologías del parto y puerperio)
- Resultados neonatales (sexo y peso del recién nacido, score de Apgar, edad gestacional del recién nacido por el método de Capurro y malformaciones del neonato)

Para realizar un mejor análisis de los resultados se construyeron distintas categorías con varios grupos de variables:

- Antecedentes personales patológicos
 - ❖ Adicciones (hábito de fumar, ingesta de alcohol y consumo de drogas)
 - ❖ Enfermedades infectocontagiosas (hepatitis A, hepatitis B, chagas, dengue y tuberculosis)
 - ❖ Enfermedades crónicas (alergias, epilepsia, hipertensión arterial, cardiopatía, artritis reumatoidea, patología psiquiátrica, liquen rojo, enfermedad celíaca y hipotiroidismo)
 - ❖ Infecciones de transmisión sexual (sífilis, infección por HPV, infección por VIH y pareja VIH +)
 - ❖ Otros (pancreatitis, quiste sacrococcígeo, cólico renal, escoliosis y litiasis biliar)

- Causas de cesáreas
 - ❖ Materno – fetales (desproporción pélvico – fetal, desproporción feto – pélvica, embarazo prolongado, inducción fallida y falta de progresión del trabajo de parto)
 - ❖ Fetales (macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, restricción de crecimiento intrauterino, embarazo doble, monitoreo fetal no reactivo, presentación pelviana y situación transversa)
 - ❖ Maternas (hipertensión arterial, diabetes, cesáreas previas y condilomatosis vulvoperianal)
 - ❖ Ovulares (líquido amniótico meconial, prociencia de cordón, placenta previa y desprendimiento normoplacentario)

- Patologías diagnosticadas durante el embarazo
 - ❖ Patología materna que complica el embarazo (enfermedad hipertensiva, eclampsia, diabetes, infección urinaria, toxoplasmosis aguda y anemia)
 - ❖ Patología ovular (rotura prematura de membranas, oligoamnios, hidramnios, metrorragias)
 - ❖ Patología propia del embarazo (amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, colestasis gravídica)
 - ❖ Patología fetal (macrosomía fetal, malformación fetal, muerte fetal, presentación pelviana)

- Patología hallada en el parto
 - ❖ Patología ovular (rotura prematura de membranas, líquido amniótico meconial y prociencia de cordón)
 - ❖ Distocias del trabajo de parto (falta de progresión del trabajo de parto, desproporción feto – pélvica, desproporción pélvico – fetal y anomalías de la contractilidad uterina)
 - ❖ Patología fetal (sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, monitoreo fetal no reactivo y muerte fetal)
 - ❖ Presentaciones anómalas (presentación pelviana y situación transversa)
 - ❖ Patologías maternas (hipertensión arterial, eclampsia, síndrome de inminencia de rotura uterina y condilomatosis vulvoperineal)
 - ❖ Patologías del alumbramiento (retención placentaria y alumbramiento incompleto)
 - ❖ Patologías del postalumbramiento (desgarros del canal de parto)

Se realizó el control prenatal siguiendo la Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1993).

Se dividió a la población en dos grupos de acuerdo a su edad:

GRUPO 1 Edad < 16 Años

GRUPO 2 Edad ≥ 16 años

Se georreferenciaron los casos mediante el programa Map Info Profesional ® versión 7.0, para analizar su distribución geográfica en el partido de Lanús.

Se utilizó el programa Access 2000 para la confección de la base de datos; se analizaron los resultados con software estadísticos: SSPS 11.5.1 y Primer.

Para el análisis, únicamente se utilizaron los casos donde se pudo recabar la información de la variable, no analizándose los casos sin datos.

Se determinó valores de media, mediana, modo, desvío estándar y cuantiles. Se realizó prueba de *t* para datos continuos, y chi cuadrado para datos discretos y se calculó Odds Ratio para estos datos. Se definió el valor de significancia $p < 0.05$ con intervalos de confianza del 95%.

Si el porcentaje de sin datos para una variable es mayor del 40% no se realizó análisis estadístico, excepto que los datos fueran relevantes para la investigación.

Se protegió la identidad de las pacientes al realizar la geocodificación, eliminando de la tabla, los campos de apellido y nombre, y ubicando la dirección del domicilio en la mitad de la cuadra correspondiente.

RESULTADOS

Durante el período en estudio se realizaron 14890 partos y abortos tardíos en la Maternidad del HIGA "EVITA" Lanús, de los cuales 5876 (39.46%) fueron de residentes del partido de Lanús. Tenían menos de 20 años al momento de la terminación del embarazo 2492 mujeres, y de estas, 959 (38.48%) vivían en Lanús.

En la Tabla 8 se observa la frecuencia del parto de madre adolescente en la Maternidad:

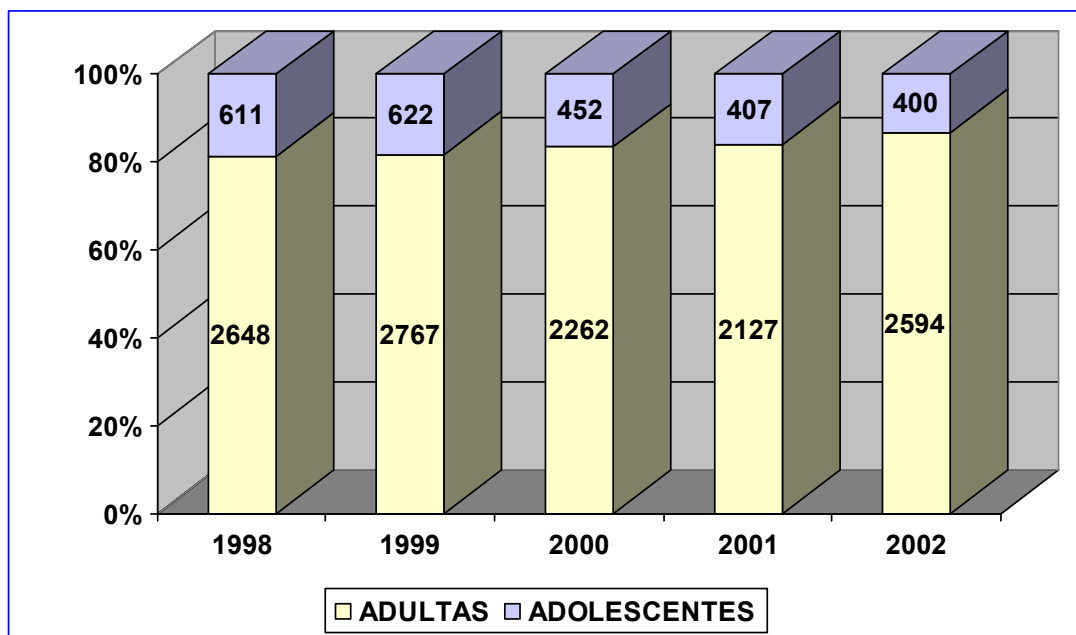
Tabla 8: Distribución porcentual de partos Y abortos tardíos en adolescentes menores de 20 años, entre 1998 y 2002 en la Maternidad del HIGA "EVITA" Lanús.

AÑO	TOTAL DE PARTOS Y ABORTOS TARDIOS	PARTOS Y ABORTOS TARDIOS DE MENORES DE 20 AÑOS	PORCENTAJE DE MENORES DE 20AÑOS
1998	3259	611	18.75 %
1999	3389	622	18.35 %
2000	2714	452	16.65 %
2001	2534	407	16.06 %
2002	2994	400	13.36 %
Total	14890	2492	16.74 %

Fuente: datos propios. Servicios de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

En el Gráfico 3 se observa la relación porcentual entre los partos y abortos tardíos de las mujeres adultas y las adolescentes ocurridos en la Maternidad del HIGA "EVITA" Lanús entre los años 1998 – 2002.

Gráfico 3: Relación porcentual entre el número de partos y abortos tardíos de adultas y adolescentes de la Maternidad del HIGA "EVITA" Lanús, años 1998 – 2002.



Fuente: datos propios. Servicios de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Durante el mismo período se asistieron a 145 adolescentes residentes en Lanús en el Servicio de Ginecología por alguna forma de aborto, que sumados a los 23 internados en la Maternidad hace un total de 168 abortos y 936 partos de mujeres menores de 20 años domiciliadas en el partido de Lanús, atendándose a razón de 5.6 partos por cada aborto. En la Tabla 9 se visualiza los partos, abortos y la razón partos / abortos por cada año.

Tabla 9 Razón partos / abortos de menores de 20 años domiciliadas en el partido de Lanús, asistidos en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

AÑO	PARTOS	ABORTOS	RAZON PARTOS / ABORTOS
1998	240	40	6.0
1999	214	35	6.1
2000	176	42	4.2
2001	148	26	5.7
2002	158	25	6.3
Total	936	168	5.6

Fuente: datos propios. Servicios de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

A pesar de utilizar distintas fuentes de datos, no se pudieron recoger en todos los casos la totalidad de las variables en estudio, es por eso que al analizar cada variable varía el número de datos disponibles.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Análisis de las variables

Características previas a la gestación de las embarazadas adolescentes

Se han estudiado todos los grupos de variables pero se reportan aquellos datos importantes para la investigación.

Edad

En la Tabla 10 se muestran las medidas de resumen y de dispersión de la edad materna al momento de la finalización del embarazo.

Tabla 10: Medidas de resumen y de dispersión de edad materna de adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MEDIDAS DE RESUMEN Y DISPERSION	EDAD MATERNA
n	1104
Sin datos	0
Media	17.65
Desvío estándar	1.333
Mediana	18
Modo	19
Rango	12 – 19
Q1	17
Q3	19

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

En la Tabla 11 se analiza la frecuencia de la edad de las embarazadas al momento de la finalización del embarazo.

Tabla 11: Distribución porcentual de edad de las embarazadas al momento de la finalización del embarazo, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
12	2	0.18	0.18
13	5	0.45	0.63
14	19	1.72	2.36
15	56	5.07	7.43
16	123	11.14	18.57
17	227	20.56	39.13
18	303	27.45	66.58
19	369	33.42	100.00

Fuente: datos propios. Servicios de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

El 7.43% de las embarazadas tenía 15 años o menos (n=82).

Estado civil

Se obtuvieron los datos de 974 pacientes (98.22%). Pero en la gran mayoría de los casos se registró el status legal, no pudiéndose determinar cuantas embarazadas vivían en pareja. Solo 59 (5.34%) estaban casadas legalmente, y en 55 pacientes se determinó la unión de hecho.

Instrucción

Este dato solo se pudo recoger en 323 adolescentes (29.26%), ya que es un tópico que no se encuentra registrado en todas las historias clínicas. De estas pacientes 12 tenían una mínima instrucción o carecían de ella. Por su parte 112 habían por lo menos comenzado la escuela secundaria.

Menarca

Solo se pudo obtener el dato en un grupo de 91 embarazadas (8.24%). La edad promedio en estas adolescentes fue 12.35 ± 1.38 años (rango entre 9 y 15).

Inicio de relaciones sexuales

Solo se pudo obtener el dato en 91 embarazadas (8.24%). La edad promedio en ellas fue 15.37 ± 1.37 años (rango entre 10 y 18).

El 42.86% (39/91) de las adolescentes tuvo su inicio sexual antes de los 2 años de la menarca.

Número de parejas sexuales

Solo se pudo recoger el dato en 85 adolescentes (7.70%). Siendo el número promedio de compañeros sexuales de 2.04 ± 1.37 (rango entre 1 y 8).

Para estas 3 últimas variables solo fue posible obtener los datos a partir de otra base de datos de la Maternidad, la que se utiliza para Patología Cervical en la cual estos datos están consignados. Los mismos fueron completos para las 3 variables cuando la embarazada adolescente fue asistida en Patología Cervical; pero si al concurrir a este consultorio, en un nuevo embarazo tenía más de 19 años, se descartó el dato del número de parejas sexuales.

Antecedentes personales patológicos

Se pudo obtener información en 982 adolescentes de las cuales 344 (35.03%) presentaron uno o más antecedentes personales patológicos. En la Tabla 12 se presentan los antecedentes personales más frecuentes.

Tabla 12: Distribución porcentual de los antecedentes personales de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

ANTECEDENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección urinaria	129	37.50
Adicciones	102	29.65
Enfermedades infectocontagiosas	56	16.28
Enfermedades crónicas	38	11.05
Enfermedad hipertensiva	26	7.56
Asma bronquial	21	6.10
Transfusiones	20	5.81
Infecciones de transmisión sexual	18	5.23
Otros	4	1.17

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al analizar los antecedentes patológicos de las adolescentes se halló que la infección urinaria fue el más frecuente.

Llama la atención que 20 adolescentes habían sido transfundidas antes del embarazo.

Casi el 30% de las pacientes tenían algún tipo de adicción (tabaco, alcohol o drogas). Otro dato para consignar es que 7 embarazadas tenían una pareja VIH positivo.

Características del embarazo

En la Tabla 13 se analizan las medidas de resumen y de dispersión de los números de embarazos, partos y abortos previos al embarazo en estudio.

Tabla 13: Medidas de resumen y dispersión de número de embarazos, número de partos previos y número de abortos previos, de embarazadas adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MEDIDAS DE RESUMEN Y DISPERSION	NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERO DE PARTOS	NUMERO DE ABORTOS
n	966	966	966
Sin datos	138	138	138
Media	1.46	0.37	0.09
Desvío estándar	0.716	0.653	0.307
Mediana	1	0	0
Modo	1	0	0
Rango	1 – 5	0 – 4	0 – 2
Q1	1	0	0
Q3	2	1	0

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Número de embarazos

En la Tabla 14 se analiza la frecuencia de embarazos de las adolescentes en estudio.

Tabla 14: Distribución porcentual del número de embarazos de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

NUMERO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	628	65.01	65.01
2	246	25.47	90.48
3	76	7.87	98.35
4	15	1.55	99.90
5	1	0.10	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

El 9.52% (n=92) de las adolescentes tenía más de 2 embarazos previos.

Número de partos previos

El 6.63% (n=64) de las adolescentes tenía más de un parto previo (Tabla 15).

Tabla 15: Distribución porcentual del número de partos previos de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

NUMERO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0	683	70.70	70.70
1	219	22.67	93.37
2	51	5.28	98.65
3	12	1.24	99.90
4	1	0.10	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Número de abortos previos

El 8.39% (n=81) ya habían tenido por lo menos un aborto (Tabla 16).

Tabla 16: Distribución porcentual del número de abortos previos de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

NUMERO DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0	885	91.61	91.61
1	75	7.76	99.38
2	6	0.62	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Intervalo intergenésico

En 104 casos las adolescentes tuvieron 2 embarazos sucesivos asistidos en el HIGA "EVITA" Lanús, siendo el intervalo promedio de 18.49 \pm 7.145 meses.

Controles prenatales

En la Tabla 17 se analizan el número de controles prenatales realizados por la adolescente.

Tabla 17: Medidas de resumen y dispersión de número de controles prenatales en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MEDIDAS DE RESUMEN Y DISPERSION	NUMERO DE CONTROLES PRENATALES
n	875
Sin datos	227
Media	5.01
Desvío estándar	3.16
Mediana	5
Modo	3
Rango	0 – 14
Q1	3
Q3	7

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

En 227 casos no se pudo determinar si había realizado control prenatal.

A pesar de que la media de controles prenatales es de 5, el modo fue solo de 3; teniendo hasta 3 controles el 35.88 % (n=314).

En la Tabla 18 se analiza la frecuencia de controles prenatales realizados por las embarazadas adolescentes.

Tabla 18: Distribución porcentual del número de controles prenatales en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

NUMERO DE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0	92	10.51	10.51
1	52	5.94	16.45
2	69	7.89	24.34
3	101	11.54	35.88
4	77	8.80	44.68
5	90	10.29	54.97
6	86	9.83	64.80
7	97	11.09	75.89
8	81	9.26	85.15
9	57	6.51	91.66
10	43	4.91	96.57
11	17	1.94	98.51
12	11	1.26	99.78
13	1	0.11	99.89
14	1	0.11	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

No realizaron el control prenatal 92 pacientes (10.51%).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Oswaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

Edad gestacional en la primera consulta prenatal

En solo 229 casos se pudo recolectar el dato de la primera consulta prenatal.

La media fue de 23.2 ± 7.7 semanas, la mediana 22.4 semanas, pero el modo fue de 30 semanas.

Lugar del control prenatal

En la Tabla 19 se analizan los lugares de atención prenatal que tuvieron las adolescentes embarazadas.

Tabla 19: Distribución porcentual del lugar de atención prenatal en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

LUGAR DE ATENCION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Unidad Sanitaria de Lanús	347	31.43
HIGA "EVITA"	327	29.62
Unidad Sanitaria de Lomas	42	3.80
Otro hospital	41	3.71
Unidad Sanitaria de otro partido	4	0.36
Obra social	2	0.18
Consultorio Particular	2	0.18
Sin datos	339	30.71
TOTAL	1104	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Del total de 765 casos que tenían registrado el lugar del control prenatal, el 88.1% (n=674) de las adolescentes de Lanús controlaron el embarazo en establecimientos sanitarios del partido.

Estado nutricional de las embarazadas

Se pudo determinar el estado nutricional de las embarazadas adolescentes en 224 casos, ya que fueron incompletos los datos del peso materno al inicio del embarazo y su talla. A pesar de ser una muestra pequeña se analizó el Índice de Masa Corporal (IMC) para conocer la situación nutricional de las pacientes.

En la Tabla 20 se observa la frecuencia del IMC en las adolescentes al inicio del embarazo.

Tabla 20: Frecuencia de Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo, según tablas de la OMS, en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

INDICE DE MASA CORPORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
< 18.49 (desnutrición)	32	14.29	14.29
18.50 – 24.99 (normal)	165	73.66	87.95
25.00 – 29.99 (sobrepeso)	24	10.71	98.66
≥ 30.00 (obesidad)	3	1.34	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Al analizar el IMC en las embarazadas (n=224) vemos que el 14.29% (n=32) de las embarazadas tenían valores de desnutrición, y el 1.34% (n=3) eran obesas, según criterios de la OMS (2004).

En la Tabla 21 se analiza el IMC por la tabla de percentilos, según NCHS (2000) adecuado a la edad de la adolescente.

Tabla 21: Frecuencia de IMC previo al embarazo según percentilos de HCHS en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PERCENTILO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
< 10 (desnutrición)	26	11.61	11.61
10 – 90 (normal)	191	85.27	96.88
> 90 (obesidad)	7	3.12	100.0

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Según esta clasificación el 11.61% (n=26) eran desnutridas, y el 3.12% (n=7) eran obesas.

Antecedentes obstétricos

De las 338 pacientes que ya habían tenido un embarazo, 138 presentaban uno o más de estos antecedentes (Tabla 22).

Tabla 22: Distribución porcentual de antecedentes obstétricos de las embarazadas adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús 1998 – 2002.

ANTECEDENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin antecedentes	203	60.06
Aborto	81	17.02
Cesárea previa	49	10.29
Parto prematuro	36	7.56
RN de bajo peso	21	4.41
Muerte perinatal	16	3.36
Malformados	4	0.84
Feto macrosómico	3	0.63
Embarazo gemelar	3	0.63

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

El 60% (n=203) de las pacientes no tenían ninguno de los antecedentes obstétricos antedichos.

El antecedente obstétrico más frecuente fue el aborto en 81 pacientes. De estos, 71 fueron espontáneos, 8 provocados, uno fue un embarazo ectópico, y otro un aborto molar.

Si a las 16 muertes perinatales (6 fueron durante el embarazo, y 10 postnatales), se le suma los partos prematuros, los recién nacidos de bajo peso y los malformados, se obtiene que el 22.71% (n=77) de los partos de las adolescentes previos al embarazo en estudio, presentaron complicaciones feto – neonatales.

De las 49 pacientes con cesáreas anteriores, 44 tenían una; 4 tenían 2; y una paciente tenía 3.

En 41 pacientes se pudo conocer la causa de la primera cesárea (Tabla 23).

Tabla 23: Distribución porcentual de causas de la primera cesárea en las adolescentes embarazadas que tenían por lo menos una cesárea previa, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Materno – fetales	20	40.82
Fetales	14	28.57
Maternas	5	10.20
Ovulares	2	4.08
Sin datos	8	16.33
Total	49	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002

Patologías durante el embarazo

En 982 embarazadas, 295 (30.0%) se hallaron 358 patologías que complicaran el embarazo. Estas fueron agrupadas en la Tabla 24.

Tabla 24: Distribución porcentual de patologías diagnosticadas durante el embarazo en adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Patología materna que complica el embarazo	209	18.93
Patología ovular	63	5.71
Patología propia del embarazo	62	5.62
Patología fetal	24	2.17

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al desagrupar las patologías, la enfermedad hipertensiva materna en todas sus formas fue la más frecuente 6.97 % (n=77), seguida de la amenaza de parto prematuro con el 5.16 % (n=57) y la infección urinaria 4.89 % (n=54).

A una adolescente se le realizó el diagnóstico de VIH durante el embarazo.

Internaciones por patologías durante el embarazo

Sobre los datos de 946 pacientes hubieron 113 internaciones (11.9%) por patologías previas a la terminación del embarazo.

En la Tabla 25 se analiza la edad gestacional en semanas al momento de la internación patológica.

Tabla 25: Medidas de resumen y dispersión de la edad gestacional en semanas al momento de la internación por patologías en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MEDIDAS DE RESUMEN Y DISPERSION	EDAD GESTACIONAL EN INTERNACION PATOLOGICA (en semanas)
n	946
Sin datos	158
Media	33.0
Desvío estándar	6.3
Mediana	34.3
Modo	39.0
Rango	17 – 42
Q1	30.0
Q3	38.2

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Las pacientes tuvieron, en general más de un diagnóstico en el momento de internarse. En la tabla 26 se observa los diagnósticos agrupados:

Tabla 26: Distribución porcentual de diagnósticos de internación por patología en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Patología materna que complica el embarazo	79	69.91
Patología propia del embarazo	39	34.51
Patología ovular	15	13.27
Patología fetal	10	8.85

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al desagrupar los diagnósticos de internación se observa que las dos patologías más frecuentes fueron la amenaza de parto prematuro (31.8% n=36) y la infección urinaria (21.2% n=24) que generalmente están asociadas.

Hubo 25 pacientes internadas con anemia pero nunca fue ésta la causa de internación ni de transfusión sanguínea durante el embarazo.

Características de la finalización del embarazo

Tipo de finalización

En la Tabla 27 se analiza la forma de finalización del embarazo:

Tabla 27: Distribución porcentual de la forma de finalización del embarazo de adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

FINALIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aborto	168	15.22
Parto	936	84.78
Total	1104	100.00

Fuente: datos propios. Servicios de Maternidad y de Estadística HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Uno de los abortos, que era séptico, provocó la muerte de una adolescente de 19 años, valor que corresponde a 1.08 ‰ nacidos vivos.

En la Tabla 28 se visualizan los distintos tipos de partos de las adolescentes:

Tabla 28: Distribución porcentual de los distintos tipos de partos en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	815	87.07
Cesárea abdominal	115	12.29
Fórceps	6	0.64
Total	936	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

En 4 casos hubo embarazos dobles (0.36%). Un embarazo doble cada 276 embarazos. De estos, dos finalizaron mediante cesárea abdominal, una paciente tuvo un parto, que ingresó en período expulsivo con ambos fetos muertos; y otro fue un aborto a los 4 meses de gestación.

De los 936 partos realizados, 628 (67.09%) fueron partos normales sin complicaciones; y en 308 (32.91%) se halló alguna patología relacionada al parto, o causante de la finalización electiva del embarazo.

En la Tabla 29 se analizan las patologías halladas durante el parto, 108 pacientes tenían más de una patología.

Tabla 29: Distribución porcentual de patología hallada en el parto de adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Patología ovular	125	40.58
Parto prematuro	77	25.00
Distocias del trabajo de parto	64	20.78
Patología fetal	50	16.23
Presentaciones anómalas	28	9.09
Patología materna	27	8.77
Patología del postalumbramiento	26	8.44
1 o más cesárea anterior	21	6.82
Patología del alumbramiento	10	3.25
Parto domiciliario	10	3.25

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al desagregar las patologías las tres más frecuentes fueron: el parto prematuro (n=77, 25.00%), el líquido amniótico meconial (n=68, 22.08%), y la falta de progresión del trabajo de parto (n=55, 17.86%).

A 6 pacientes se les realizó un raspado postparto a causa de un alumbramiento incompleto; y a otras 17 pacientes se les realizó un raspado puerperal por presentar retención de restos placentarios. Además se realizaron 4 alumbramientos manuales por retenciones placentarias.

Se realizaron 115 cesáreas por presentar los siguientes diagnósticos, en 68 casos la indicación de cesárea se debió a más de una causa. (Tabla 30).

Tabla 30: Distribución porcentual de causas de cesárea en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Materno – fetales	60	52.17
Fetales	52	45.22
Ovulares	37	32.17
Maternas	35	30.43

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, años 1998 – 2002.

La principal causa de cesárea fue una materno – fetal, la falta de progresión del trabajo de parto (n=52, 45.22%), seguida por el antecedente materno de una o más cesáreas anteriores (n=19, 16.52%); y por la presencia de líquido amniótico meconial (n=16, 13.91%).

Edad gestacional al momento de la finalización del embarazo por la fecha de la última menstruación

En la Tabla 31 se presenta un resumen de la edad gestacional por la fecha de la última menstruación (FUM) a la finalización del parto.

Tabla 31: Medidas de resumen y dispersión de la edad gestacional por FUM en semanas al momento de la finalización del embarazo en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MEDIDAS DE RESUMEN Y DISPERSION	EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA FINALIZACION DEL EMBARAZO (en semanas)
n	950
Sin datos	154
Media	38.3
Desvío estándar	3.8
Mediana	39.2
Modo	40.0
Rango	13 – 42.5
Q1	38.0
Q3	40.0

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

En la Tabla 32 se analiza la edad gestacional en el momento de la finalización del embarazo.

Tabla 32: Distribución porcentual de edad gestacional por FUM al momento de finalizar el embarazo de adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
13.0 – 15.6	2	0.21	0.21
16.0 – 17.6	3	0.32	0.53
18.0 – 19.6	4	0.42	0.95
20.0 – 21.6	7	0.74	1.69
22.0 – 23.6	6	0.63	2.32
24.0 – 25.6	4	0.42	2.74
26.0 – 27.6	6	0.63	3.37
28.0 – 29.6	4	0.42	3.79
30.0 – 31.6	3	0.32	4.11
32.0 – 33.6	15	1.58	5.69
34.0 – 35.6	35	3.70	9.39
36.0 – 37.6	120	12.67	22.06
38.0 – 39.6	327	34.53	56.59
40.0 – 41.6	396	41.82	98.41
42.0 – 43.6	15	1.58	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Tipo de presentación

De los 936 partos se pudo analizar la presentación fetal de 932 casos (Tabla 33).

Tabla 33: Distribución porcentual de tipo de presentación fetal al momento de la finalización del embarazo en adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PRESENTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cefálica	904	96.58
Pelviana	24	2.56
Transversa	4	0.43
Sin datos	4	0.43
Total	936	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Datos neonatales

Sexo del recién nacido

De los 1104 embarazos se pudo recoger el dato del sexo del recién nacido o del aborto en 947 casos (Tabla 34).

Tabla 34: Distribución porcentual de sexo de los recién nacidos o abortos de embarazadas adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	464	42.03
Masculino	482	43.66
Indefinido	1	0.09
Sin datos	157	14.22
Total	1104	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Dentro del grupo de los sin datos se hallan los 165 abortos asistidos.

En la Tabla 35 se analizan las medidas de resumen y dispersión del peso al nacer y de la edad gestacional del recién nacido por el método de Capurro.

Tabla 35: Medidas de resumen y dispersión de peso del recién nacido y la edad gestacional del mismo por el método de Capurro en hijos de madres adolescentes residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MEDIDAS DE RESUMEN Y DISPERSION	PESO DEL RECIEN NACIDO (en gramos)	EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO (en semanas)
n	935	891
Sin datos	1	213
Media	3006.36	38.7
Desvío estándar	656.23	1.9
Mediana	3095	39
Modo	3000	40
Rango	500 – 4500	24 – 42
Q1	2750	38
Q3	3400	40

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Peso del recién nacido

En la Tabla 36 se analizan los pesos de los recién nacidos de hijos de madres adolescentes

Tabla 36: Distribución porcentual del peso de los recién nacidos de hijos de madres adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
500 – 999	10	1.07	1.07
1000 – 1499	8	0.86	1.93
1500 – 1999	23	2.46	4.39
2000 – 2499	74	7.91	12.30
2500 – 2999	259	27.70	40.00
3000 – 3499	380	40.64	80.64
3500 – 3999	155	16.58	97.22
4000 – 4499	25	2.67	99.89
4500 – 4999	1	0.11	100.0

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

El 12.30% de los recién nacidos pesaron menos de 2500 gramos: y el 2.78% fueron macrosómicos.

Edad gestacional por examen físico del recién nacido por el método de Capurro

Al analizar la edad gestacional de los hijos de madres adolescentes por el método de Capurro, se obtuvo la información en 891 casos (Tabla 37).

Tabla 37: Distribución porcentual de edad gestacional por examen físico del recién nacido según método de Capurro en hijos de madres adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

CAPURRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
24	1	0.11	0.11
25	0	0.00	0.11
26	3	0.34	0.45
27	2	0.22	0.67
28	2	0.22	0.89
29	0	0.00	0.89
30	3	0.34	1.23
31	1	0.11	1.34
32	1	0.11	1.45
33	5	0.56	2.01
34	5	0.56	2.57
35	21	2.36	4.93
36	31	3.48	8.42
37	77	8.64	17.06
38	156	17.51	34.57
39	228	25.59	60.16
40	297	33.33	93.49
41	51	5.72	99.21
42	7	0.79	100.0

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

El 8.42 % de los recién nacidos tenía un Capurro menor de 37 semanas; y el 0.79 % fueron postérminos.

Al analizar la adecuación del peso del recién nacido al Capurro (Lejarraga y Díaz Ballvé ,1976) se observa la Tabla 38.

Tabla 38: Distribución porcentual de la adecuación del peso del recién nacido a la edad gestacional por Capurro en hijos de madres adolescentes residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1988 – 2002.

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo peso	75	8.01
Peso adecuado	787	84.08
Alto peso	26	2.78
Sin datos	48	5.13
Total	936	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

A pesar de que el 12.30% de los recién nacidos pesaba menos de 2500 gramos, solo el 8.01% tenía bajo peso para la edad gestacional.

En los 936 recién nacidos hubo 4 malformados (0.43%); tres tuvieron malformaciones importantes: una anencefalia, un polimalformado, un síndrome de Down, y otro una malformación menor: una polidactilia. También hubo 9 muertes fetales (0.96%).

Score de Apgar a los 5 minutos

Se analizó el score de Apgar a los 5 minutos (Tabla 39).

Tabla 39: Distribución porcentual de score de Apgar a los 5 minutos en hijos de madres adolescente residentes en Lanús, asistida en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

APGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vigoroso	890	95.09
Deprimido leve	24	2.56
Deprimido grave	7	0.75
Sin datos	15	1.60
Total	936	100.00

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Dentro del grupo sin datos se hallan incluidos los 9 casos de fetos muertos.

Análisis comparativo entre las adolescentes menores de 16 años y las mayores a esa edad

Si se divide a la población de adolescentes en dos grupos tomando como límite la edad de 16 años se puede realizar un análisis comparativo entre ellos. Cabe aclarar que debido a la disparidad de datos obtenidos en algunas variables, en especial las características previas al embarazo, se presentarán los resultados relevantes de las variables con 70% o más de datos recogidos.

Los grupos quedan conformados de la siguiente manera:

GRUPO 1 Edad < 16 años 82 pacientes

GRUPO 2 Edad ≥ 16 años 1022 pacientes

No se hallaron diferencias en cuanto a la realización del control prenatal entre los 2 grupos. Pero el grupo de las menores de 16 años tuvieron menos controles que el otro grupo (Tabla 40).

Tabla 40: Comparación entre el número de controles prenatales de adolescentes del Grupo 1 y del Grupo 2, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

CONTROL PRENATAL	EDAD < 16 AÑOS	EDAD ≥ 16 AÑOS	ESTADISTICAS	IC 95%
< 4 controles	30	286	$\chi^2 = 3.86$ p= 0.049 OR 1.73	0.99 a 3.01
≥ 4 controles	32	529		
Total	62	815		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al analizar el número promedio de controles prenatales se observa que hubo diferencias entre los dos grupos (Tabla 41)

Tabla 41: Comparación entre el número promedio de controles prenatales de adolescentes del Grupo 1 y del Grupo 2, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

CONTROL PRENATAL	EDAD < 16 AÑOS	EDAD ≥ 16 AÑOS	ESTADISTICAS	IC 95%
Número de controles	4.21 ± 3.10 (n=62)	5.06 ± 3.163 (n=815)	t= -2.043 p= 0.041	-1.67 a - 0.03

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

A pesar de la disparidad de los grupos, se observó que las embarazadas del Grupo 1 comenzaban a realizar el control prenatal más tardíamente, en el 3° trimestre (6/16= 37.50%), en cambio en el Grupo 2 fue menor este porcentaje (59/213= 27.70%).

En el resto de las variables estudiadas: internaciones patológicas, patologías del embarazo, finalización del mismo, tipo de parto, edad gestacional al parto, peso del recién nacido y edad gestacional por el método de Capurro no se hallaron diferencias entre los 2 grupos. Tampoco al analizar el bajo peso al nacer y los partos prematuros.

Análisis comparativo entre las embarazadas residentes en Lanús, adolescentes y mayores asistidas en el Servicio de Maternidad del HIGA EVITA Lanús.

Para realizar el análisis comparativo se tomó solo algunas variables, que no estuvieran influenciadas por la edad materna, ni por la gestiparidad de la embarazada, y que fueran relevantes en el embarazo en la adolescencia. Se analizaron únicamente las pacientes del servicio de Maternidad, al no poder obtener los datos completos de las embarazadas del Servicio de Ginecología.

En el período en estudio se internaron en la Maternidad 4914 mujeres domiciliadas en Lanús, no adolescentes, con embarazos de 4 meses o más de gestación.

Al comparar las pacientes de los dos grupos etarios que no realizaron control prenatal, vemos que existe una diferencia significativa entre las adolescentes y las mayores; las primeras se controlaron menos. (Tabla 42).

Tabla 42: Comparación de la falta de control prenatal en las embarazadas adolescentes y en las mayores residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

CONTROL PRENATAL	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
No	92	397	$\chi^2 = 5.39$ p= 0.020 OR 1.34	1.04 a 1.71
Si	783	4517		
Total	875	4914		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

No se halló diferencias en cuanto al control prenatal en el número de controles realizados ($t = -0.246$ $p=0.806$; IC95%: -0.27 a 0.21), y en la realización de 4 o menos controles ($\chi^2 = 2.61$, $p=0.106$; OR 0.88 IC95% 0.75 a 1.03), entre los dos grupos analizados.

En la Tabla 43 se compara la presencia de alguna patología en el embarazo en los dos grupos etarios, encontrándose una diferencia significativa entre ellos, habiendo más patología en las mayores.

Tabla 43: Comparación de la presencia de patología en el embarazo en las gestantes adolescentes y en las mayores residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PATOLOGIA EN EL EMBARAZO	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Si	295	2902	$\chi^2 = 276.42$ p < 0.001 OR 0.30	0.26 a 0.35
No	687	2012		
Total	982	4914		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al comparar una patología grave como la eclampsia se observa que esta es más frecuente en las adolescentes (Tabla 44).

Tabla 44: Comparación de aparición de eclampsia en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

ECLAMPSIA	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Si	8	10	$\chi^2 = 8.14$ p = 0.004 OR 4.03	1.45 a 11.06
No	974	4904		
Total	982	4914		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

En el grupo de mayores se realizaron 4784 partos, y se asistieron a 131 abortos tardíos. Al analizar los tipos de partos entre los dos grupos se observa que las adolescentes tienen menos nacimientos por cesárea (Tabla 45):

Tabla 45: Comparación del tipo de parto en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

TIPO DE PARTO	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Parto vaginal	821	3827	$\chi^2 = 30.11$ p < 0.001 OR 1.79	1.44 a 2.21
Cesárea	115	957		
Total	936	4784		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Se agrupó como parto vaginal los partos naturales y los fórceps.

Al comparar estos resultados con las adolescentes se observa que los partos adolescentes se realizan antes y que los recién nacidos tienen menor peso que las adultas (Tabla 46):

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

Tabla 46: Comparación de la edad gestacional al parto por FUM; peso del recién nacido y edad gestacional del mismo por el método de Capurro en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

VARIABLES	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Edad gestacional al parto por FUM	38.284 ± 3.756 (n=947)	38.883 ± 2.225 (n=4732)	t= -6.612 p< 0.001	-0.78 a -0.42
Peso del recién nacido	3006.36 ± 656.229 (n=935)	3194.94 ± 609.136 (n=4783)	t= -8.547 p< 0.001	-231.84 a - 145.32
Capurro	38.709 ± 1.937 (n=891)	38.87 ± 1.774 (n=4540)	t= -2.439 p= 0.015	- 0.29 a -0.37

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Al analizar los partos prematuros vemos que estos son más frecuentes en las adolescentes (Tabla 47):

Tabla 47: Comparación de parto prematuro en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

PARTO PREMATURO	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Si	110	325	x ² = 21.77 p< 0.001 OR 1.73	1.36 a 2.18
No	826	4215		
Total	936	4540		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

En la Tabla 48 se analiza la cantidad de los recién nacidos de bajo peso, entre ambos grupos, no hallándose diferencias entre ellos.

Tabla 48: Comparación de recién nacidos de bajo peso en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

RN BAJO PESO	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Si	75	319	$\chi^2 = 2.02$ $p = 0.156$ OR 1.22	0.93 a 1.60
No	813	4221		
Total	888	4540		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos en las muertes fetales (Tabla 49):

Tabla 49: Comparación de muerte fetal en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

MUERTE FETAL	ADOLESCENTES	MAYORES	ESTADISTICAS	IC 95%
Si	9	63	$\chi^2 = 0.54$ $p = 0.464$ OR 0.73	0.34 a 1.52
No	927	4721		
Total	936	4784		

Fuente: datos propios. Servicio de Maternidad HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

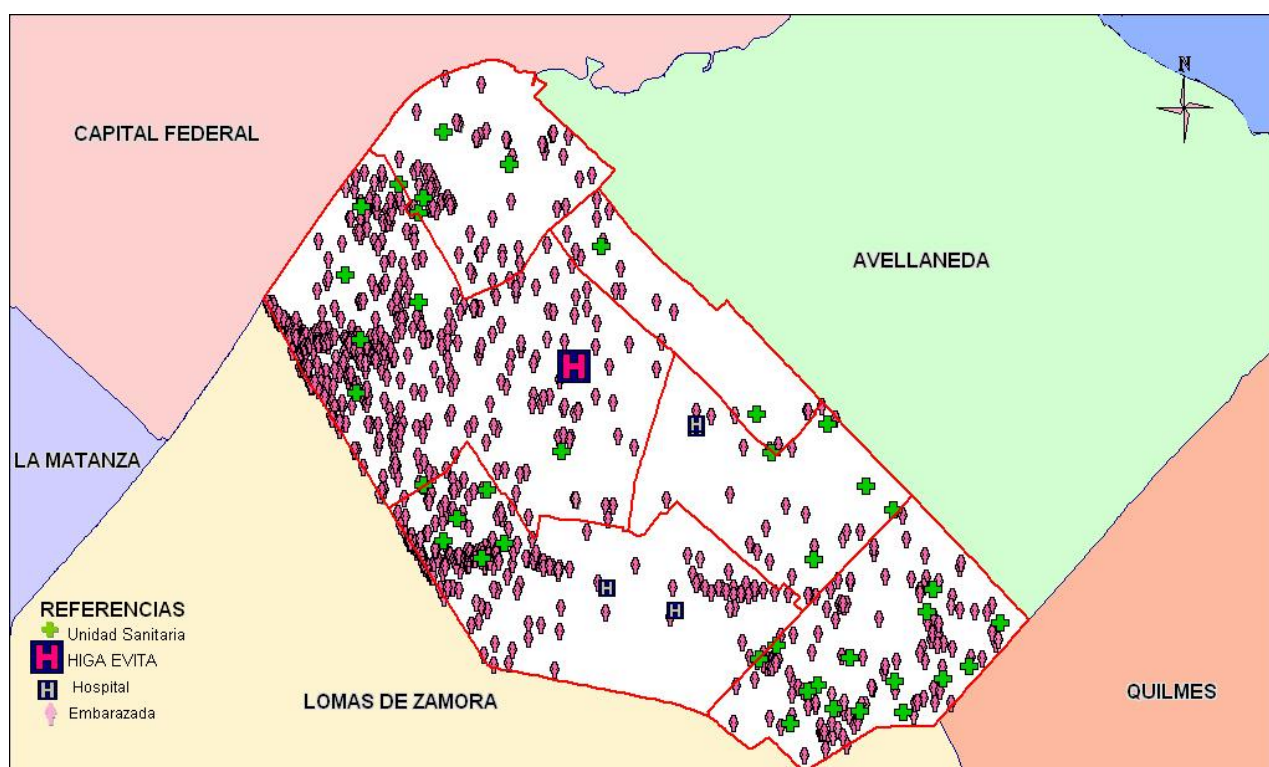
Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

Distribución geográfica de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

Se analizó el domicilio habitual de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús que fueron asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús entre 1998 y 2002, y se lo registró en el mapa del partido mediante la utilización de un programa de computación de georreferencia, Map Info Professional ® versión 7.0. Pudo realizarse la geocodificación del 91.67% de los casos (1012/1104).

Al observar el mapa creado, se comprueba que los domicilios de las adolescentes embarazadas se distribuyen fundamentalmente en Lanús Oeste, y especialmente en las villas y barrios pobres del partido. (Mapa 3)

Mapa 3: Georreferencia del domicilio habitual de las embarazadas adolescentes residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002, y su relación con establecimientos asistenciales y localidades del partido.



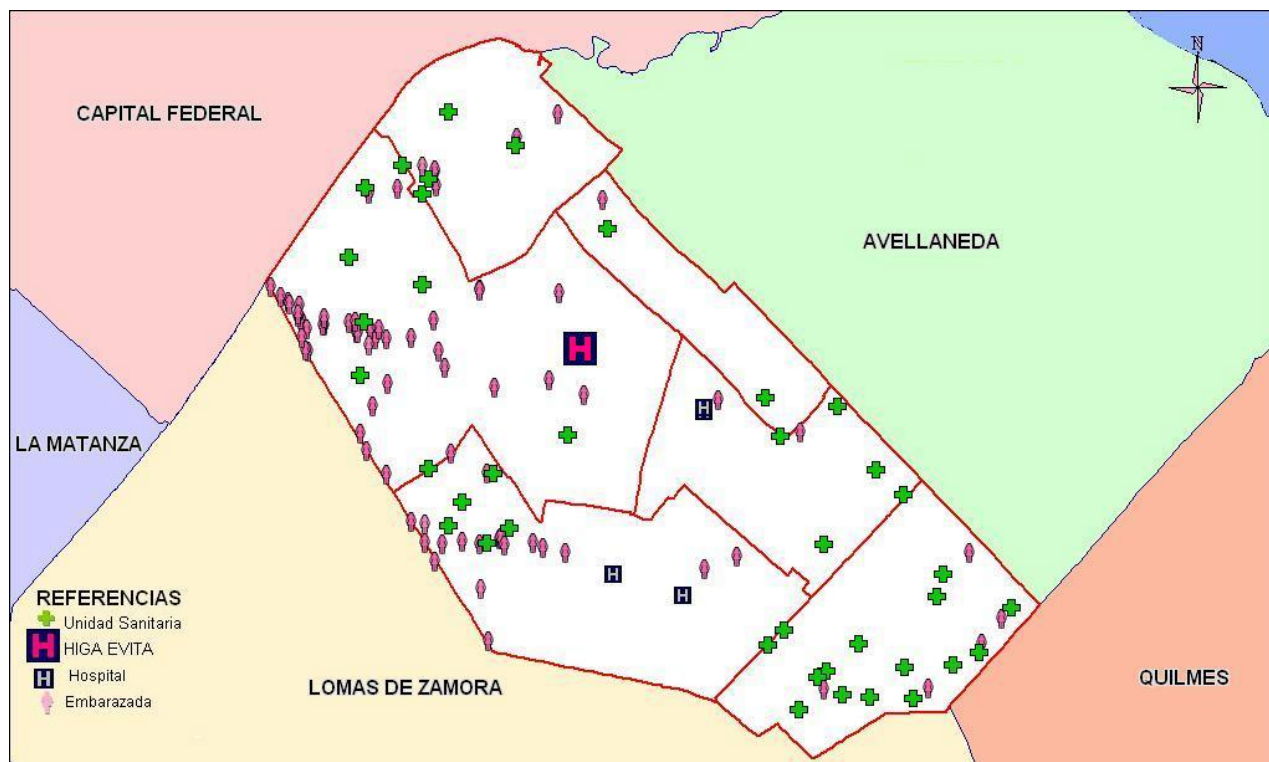
Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Al relacionar las distintas variables de la investigación con el domicilio de la adolescente, se observa una distribución similar a la totalidad de la población en estudio, mostrada en el Mapa 3.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

El Mapa 4 analiza la distribución de los domicilios de las menores de 16 años, y su relación con los establecimientos sanitarios del partido. Se geocodificó el 91.46% de los casos (75/82).

Mapa 4: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas menores de 16 años, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales.



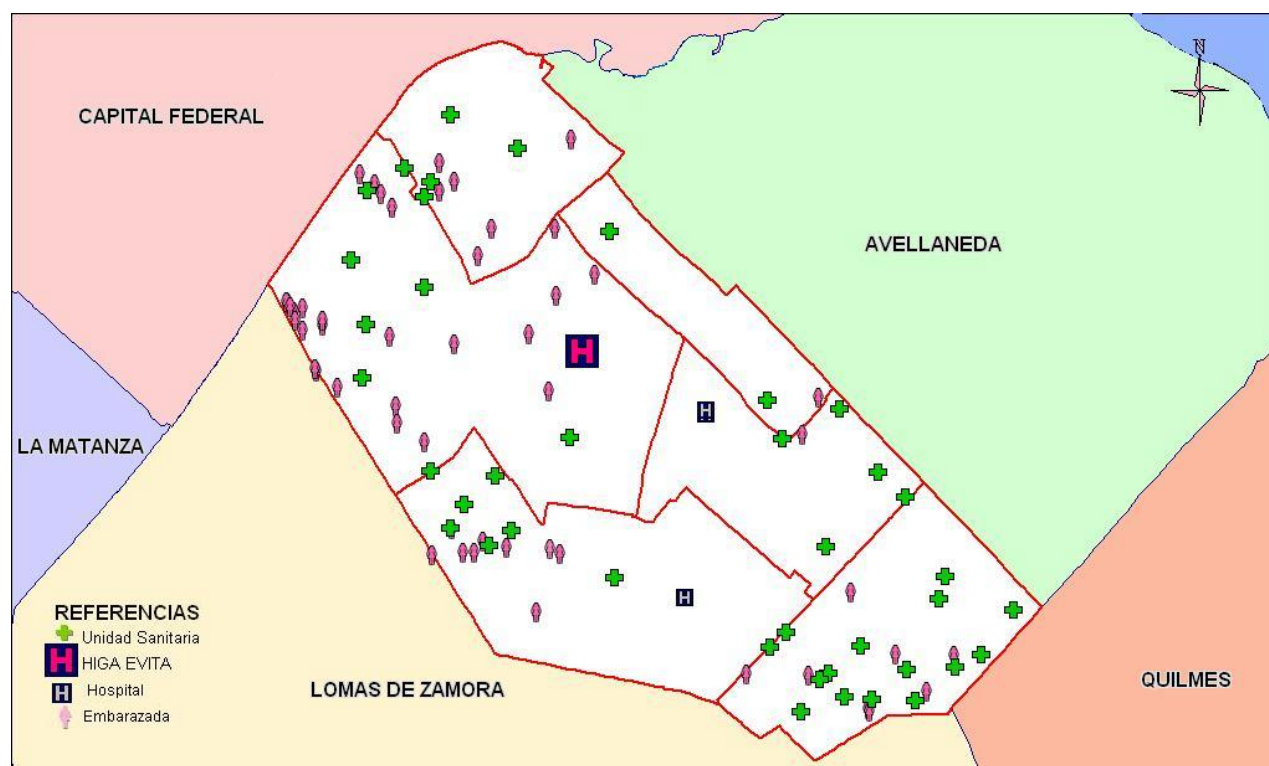
Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Se observa una concentración de pacientes en el límite con Lomas de Zamora, que corresponden a villas que pertenecen a ambos partidos.

En el Mapa 5 se analiza la distribución geográfica de los establecimientos asistenciales y las adolescentes con 2 partos previos al embarazo en estudio, el cual fue asistido en el HIGA "EVITA" Lanús. Se geocodificó el 98.44% de las pacientes (63/64).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 5: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas con 2 partos previos, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales

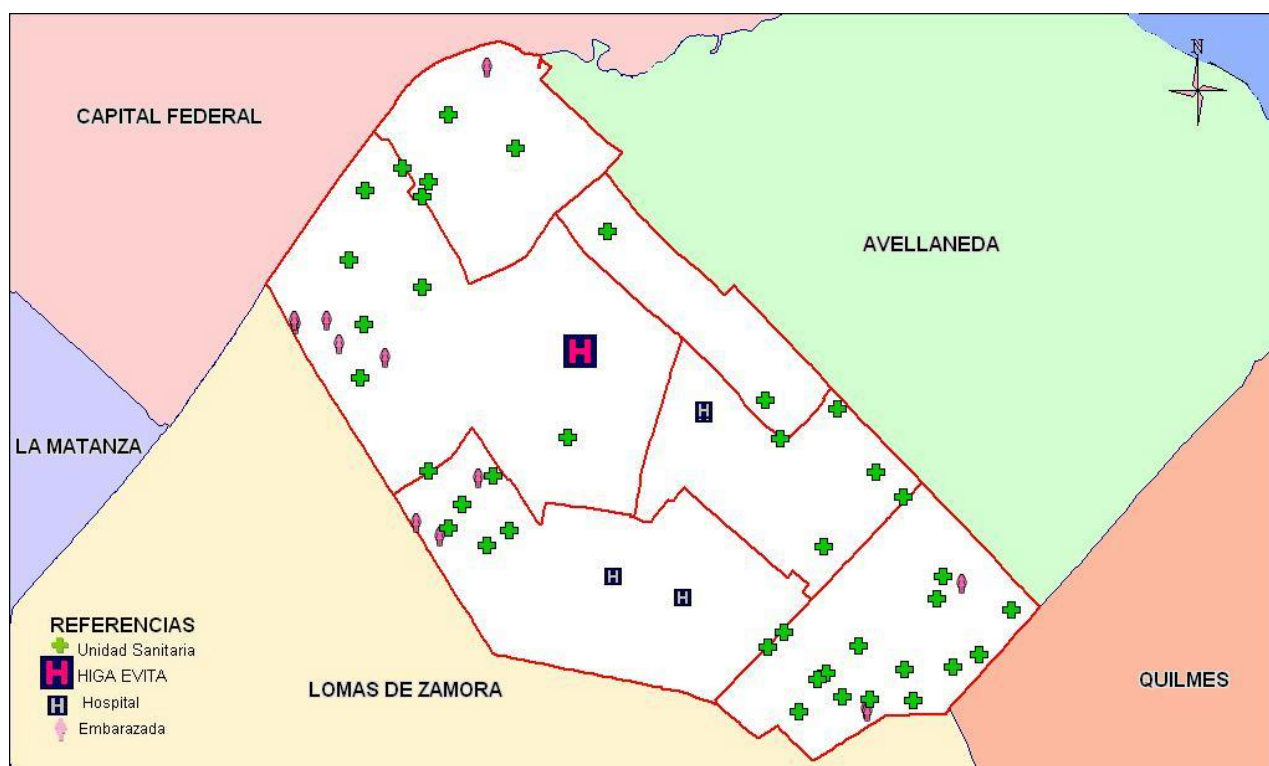


Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

En el Mapa 6 se observa la relación entre los establecimientos sanitarios y el domicilio de las adolescentes con 3 o más partos previo al embarazo en estudio. Se geocodificó el 92.31% de los casos (12/13). Solo una paciente estaba alejada de los mismos.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 6: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas con 3 o más partos previos, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales

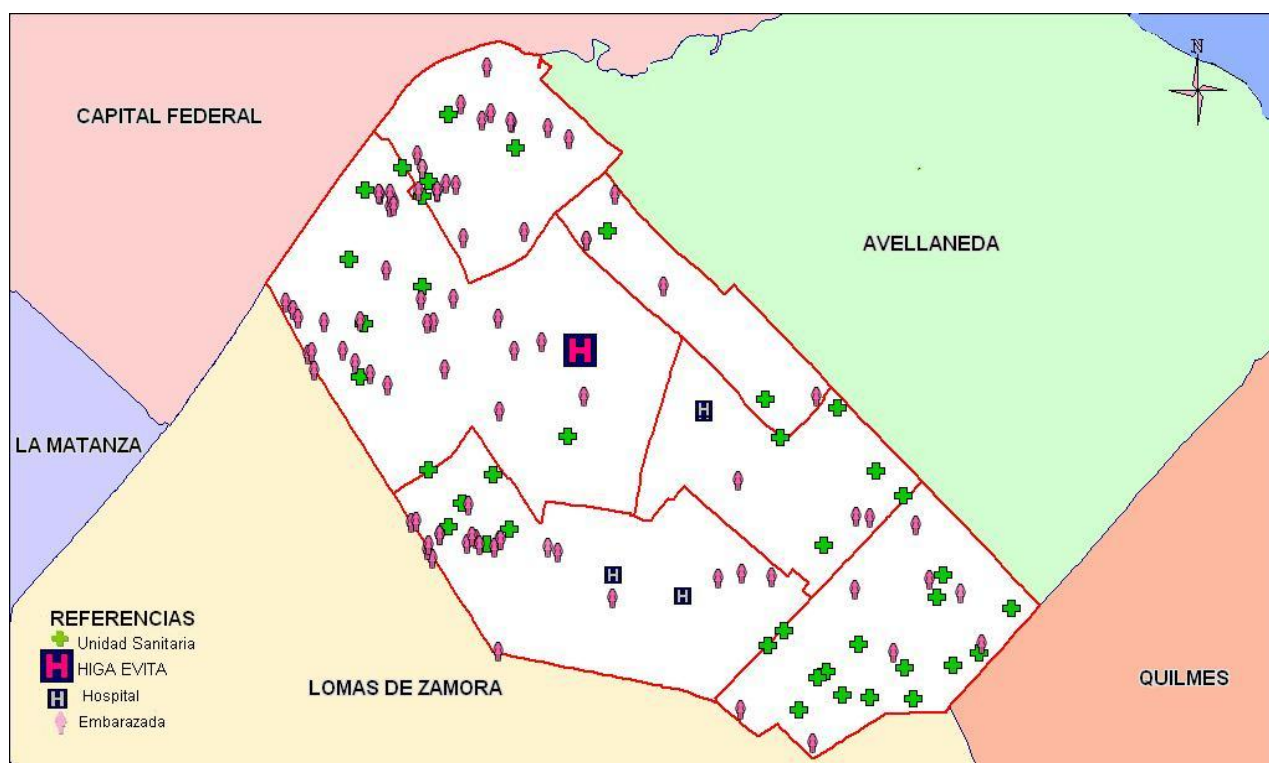


Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Para analizar el control prenatal de las embarazadas adolescentes asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús vemos los siguientes mapas.

En el Mapa 7 se hallan las embarazadas que no realizaron control prenatal y la relación de su domicilio con distintos centros asistenciales del partido. Se geocodificó el 92.39% de las adolescentes sin control prenatal (85/92).

Mapa 7: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas sin control prenatal, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales



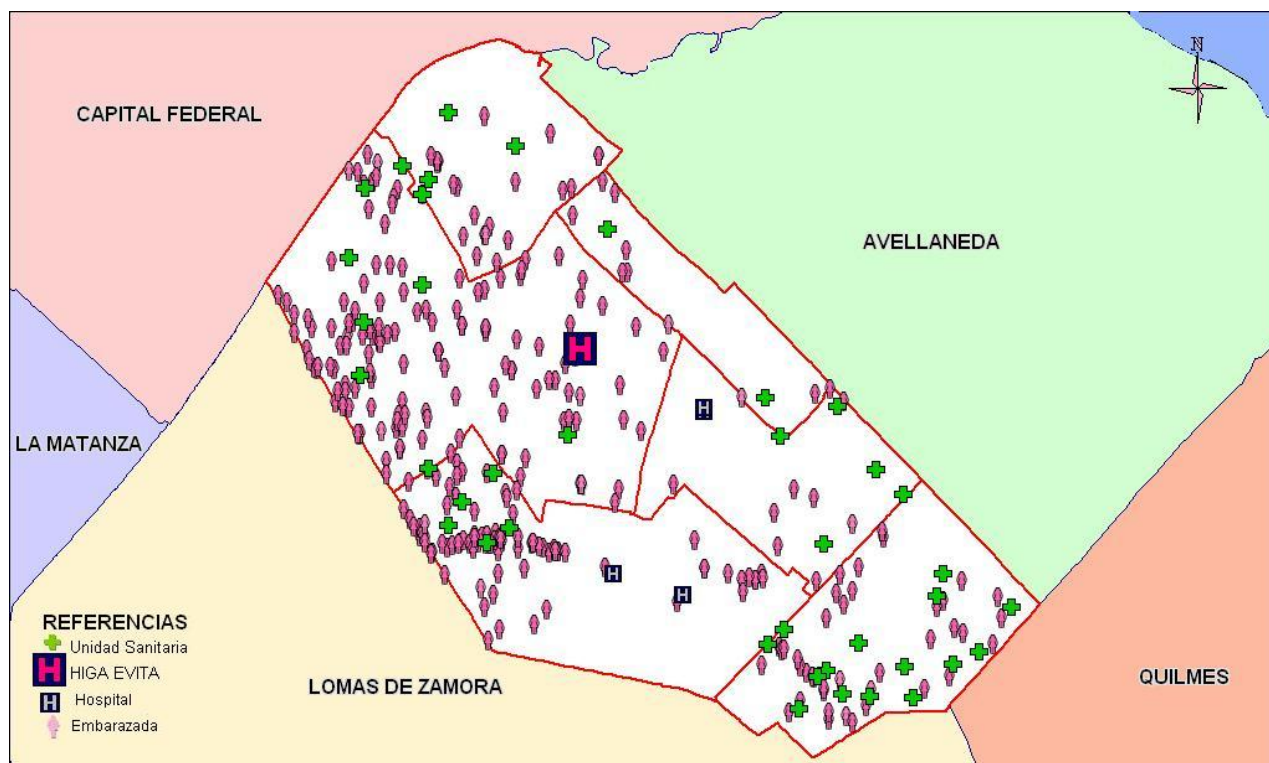
Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

En este mapa puede observarse que pocas adolescentes embarazadas sin control prenatal vivían alejadas de un centro asistencial.

En el Mapa 8 se muestra el domicilio de las pacientes que controlaron su embarazo en el HIGA "EVITA" Lanús. Se logró la geocodificación en el 92.66% de los casos (303/327).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 8: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas con control prenatal realizado en el HIGA "EVITA" Lanús, residentes en el partido de Lanús, asistidas en este hospital, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales



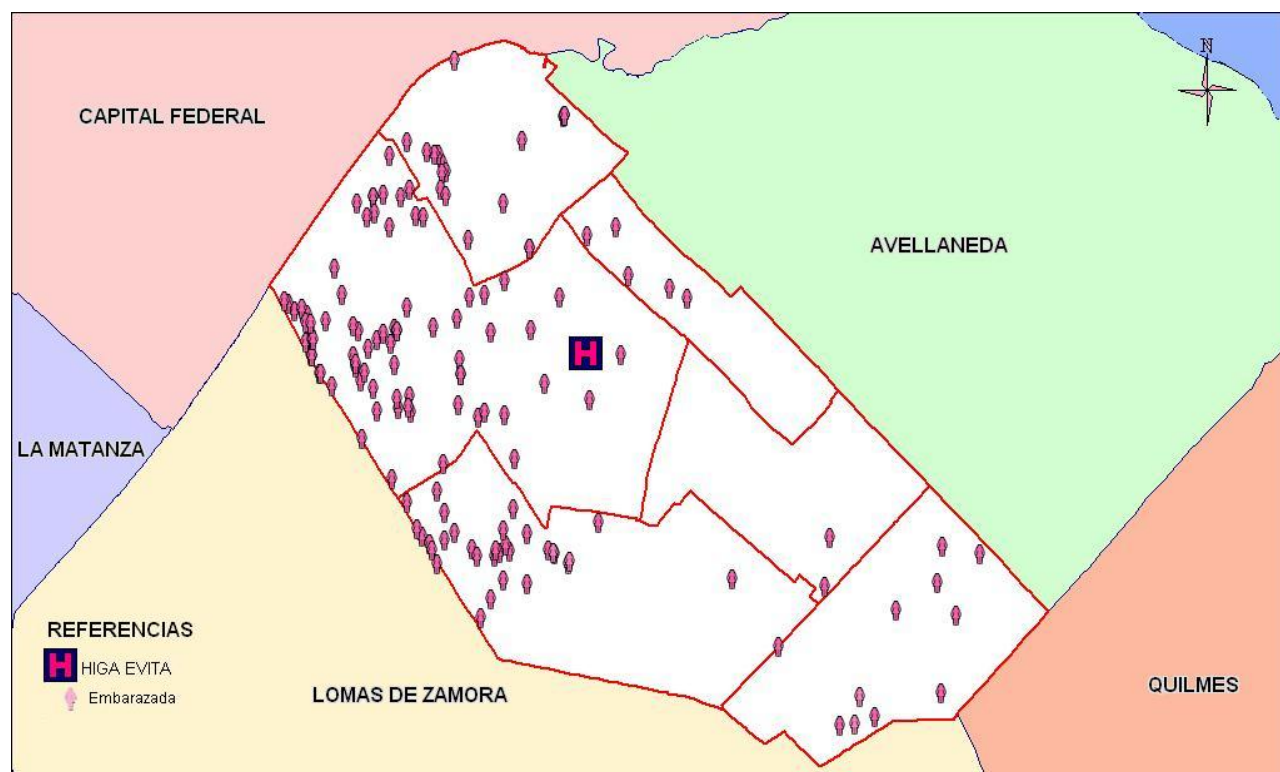
Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Vemos que las pacientes a las que se les realizaron los controles prenatales en el hospital, eran principalmente de Lanús Oeste.

En el Mapa 9 se observa los domicilios de las adolescentes cuyos embarazos finalizaron en abortos. Se logró geocodificar el 86.31% de los casos (145/168).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 9: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes residentes en el partido de Lanús, cuyos embarazos finalizaron en aborto, asistidos en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.

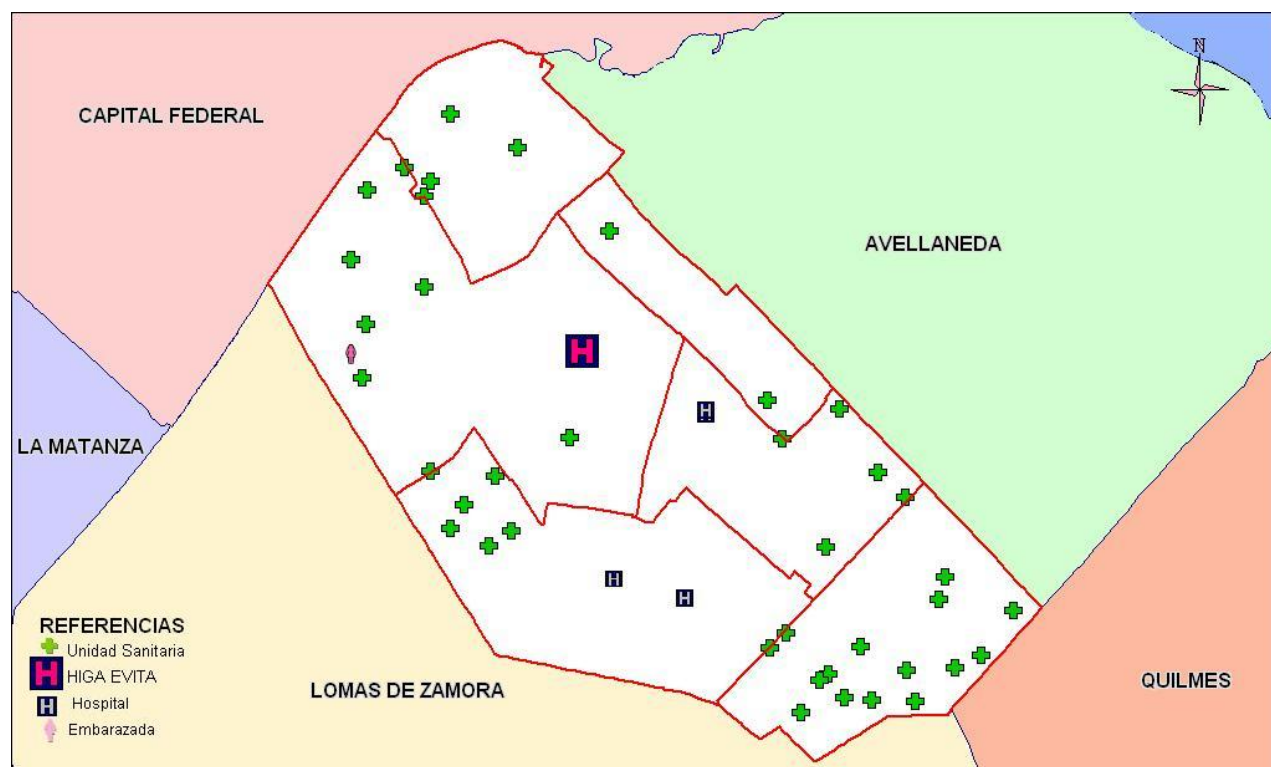


Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional © 7.0

En el Mapa 10 se observa la localización del domicilio de la muerte materna, ocurrida en esta serie, cuya causa fue aborto séptico; y su relación espacial con establecimientos asistenciales de salud.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 10: Georreferencia del domicilio habitual de la embarazada adolescente muerta por aborto séptico, asistida en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales



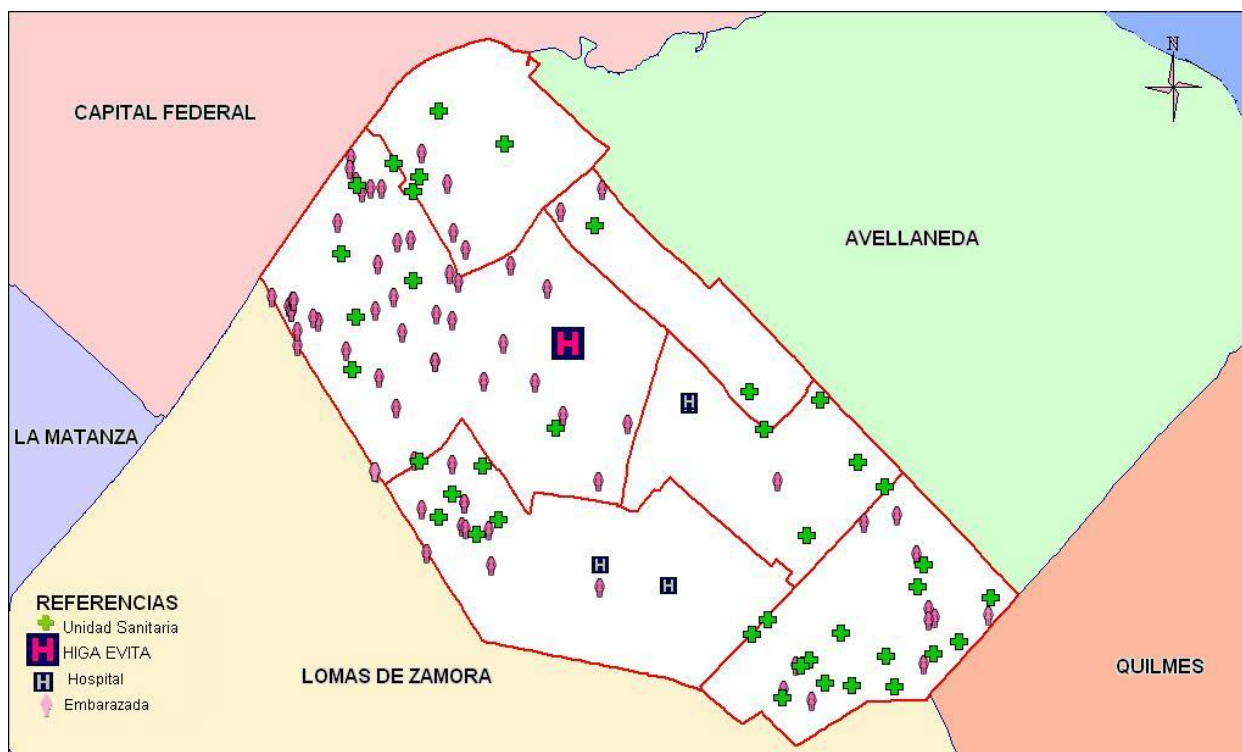
Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Se observa que su domicilio quedaba cerca de 2 Centros de Salud, ubicados en Villa Caraza.

En el Mapa 11 se observa la distribución de los domicilios de las adolescentes que tuvieron partos prematuros. Se geocodificó el 92.73% de las pacientes (102/110).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 11: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes residentes en el partido de Lanús, cuyos embarazos finalizaron en partos prematuros, asistidos en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002; y su relación con establecimientos asistenciales.



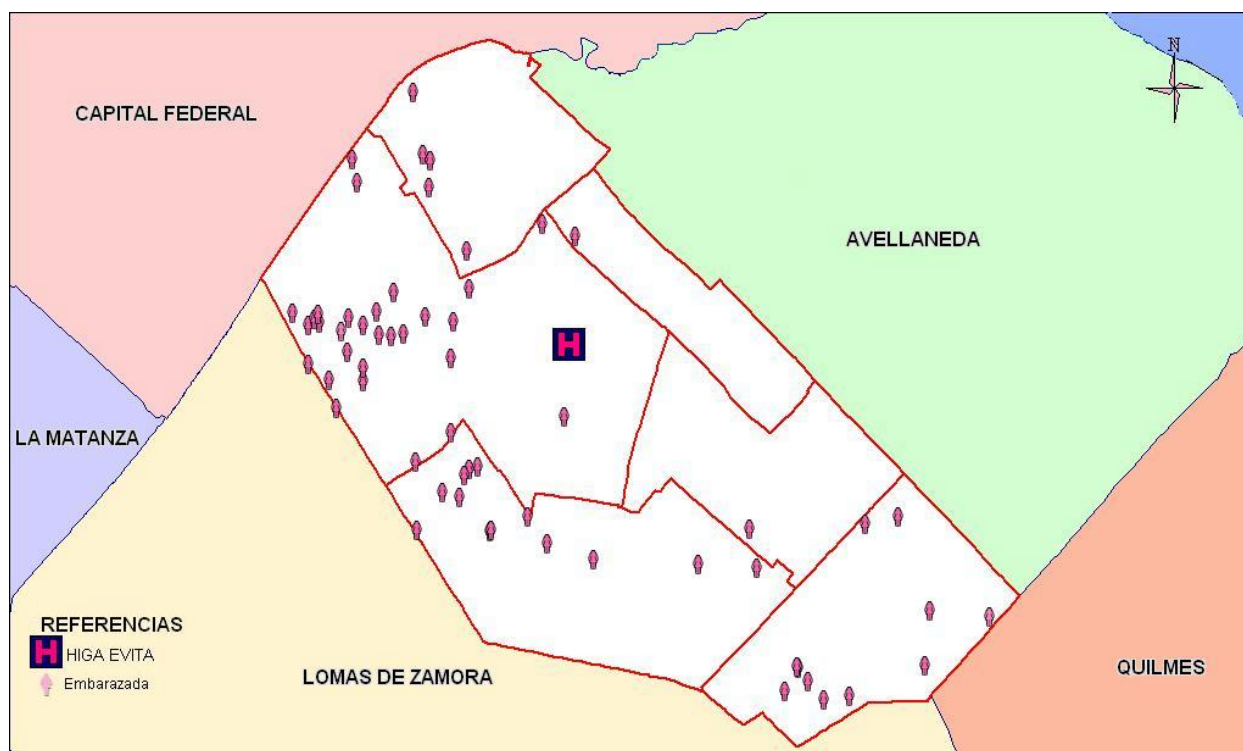
Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

En este mapa se observa una distribución más homogénea de los casos en comparación a las otras variables analizadas.

En el Mapa 12 se analiza la distribución de las madres con hijos con bajo peso al nacer. Se pudo geocodificar el 80% de los casos (60/75).

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Oswaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Mapa 12: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes residentes en el partido de Lanús, cuyos embarazos finalizaron recién nacidos de bajo peso, asistidos en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.



Fuente: elaboración propia a partir de información cartográfica la Dirección de Geodesia, programa Map Info Professional ® 7.0

Se georreferenciaron 1012 pacientes, en 92 casos el domicilio consignado en la historia clínica o en el registro de nacimientos no correspondió a direcciones codificadas en el programa Map Info. La gran mayoría de estos eran pasajes ubicados dentro de las distintas villas de Lanús, los cuales no se hallan registrados en los mapas habituales. En algunos casos se pudo codificar el domicilio con datos informados por la propia paciente o por otras embarazadas asistidas personalmente en el hospital, domiciliadas en la misma calle, las que dieron referencias para poder localizar el domicilio buscado.

Los menores porcentajes de geocodificación fueron para recién nacidos de bajo peso y adolescentes que abortaron, eventos relacionados con el nivel socio – económico de la madre. Quizás estos domicilios no se encontraron porque se encuentran dentro de una villa.

DISCUSIÓN

La salud del adolescente es un tópico importante tanto a nivel mundial como nacional y es por ello que existen cada vez más programas sanitarios e investigaciones sobre esta población, en la cual la promoción de la salud es fundamental para prevenir la aparición de adicciones, violencia, embarazos, etc (OPS, 2001, ONU, 1994). En la Argentina, en 1993, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, crea el Plan Nacional de Salud del Adolescente, el cual tiene una visión holística (bio-psico-social) de la atención de salud y establece la necesidad de la transdisciplina para lograrla (MSAS, 1995; Gogna, 2001).

En la Conferencia del Cairo se estableció que se reconoce como derecho de la mujer la decisión libre y responsable para establecer el número, espaciamiento y momento de procrear; esto es un derecho del ser humano, el cual debe tener acceso a la información y a los medios que le permitan ejercer dicho derecho. Con relación a la población de jóvenes y adolescentes el Programa de Acción de dicha conferencia dice que: “Los países deben proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación en Salud Reproductiva, garantizar la información y la atención que requieran, para reducir el número de embarazos en este grupo de edad” (ONU, 1994).

Esta investigación está enfocada únicamente sobre el embarazo en la adolescencia, ya consumado. La prevención del mismo debe empezarse desde temprana edad, comenzando en el hogar, en donde es fundamental una estructura familiar continente, que favorezca el diálogo entre todos sus integrantes. Es importante que la familia comience con la educación sexual, pero ésta debería continuar en los primeros grados escolares, adecuando el lenguaje al desarrollo intelectual y psíquico de los niños. Ya en los grados más avanzados, con alumnos en la pubertad, es trascendente el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Gracias a las campañas de prevención del VIH/SIDA, los adolescentes conocen la importancia del uso del preservativo, pero esto no significa que lo usen siempre.

La Ley de Salud Reproductiva, donde se expresan los derechos de la mujer a decidir en qué momento y con quien tener una familia, intenta poner al alcance de todos, el acceso a métodos anticonceptivos seguros. Pero a su vez su implementación tiene algunas falencias. En muchas Unidades Sanitarias la encargada de entregar los anticonceptivos es una obstétrica, la cual por ley de ejercicio profesional no puede medicar, y a su vez, su campo de acción son solo las embarazadas y puérperas hasta los 40 días postparto, y tampoco puede colocar dispositivos intrauterinos.

Si esta ley se cumpliera adecuadamente, y con los efectores de salud indicados, es decir con tocoginecólogos, que es el médico de atención primaria de la mujer, se podrían disminuir los índices de embarazos no deseados, tanto en adultas como en adolescentes, y en consecuencia los abortos provocados; es decir permitir el pleno uso de los derechos femeninos.

En mi práctica diaria como tocoginecólogo de atención primaria en un Centro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, asisto a muchas adolescentes, algunas sin hijos, pero la mayoría con por lo menos uno; siendo la consulta más frecuente, la necesidad de un método anticonceptivo. Este generalmente es buscado después de angustiarse por un atraso menstrual, pero a veces ese atraso es ya un embarazo, en general no deseado.

Varias disciplinas se encargan de estudiar al embarazo en la adolescencia, como ser las ciencias sociales, la psicología, la epidemiología y la salud pública. Dentro de esta, a su vez, este tema es abarcado por la tocoginecología, la pediatría, y la salud comunitaria. Esto se debe a su complejidad, por lo cual debería hacerse un análisis multidisciplinario.

En el estudio realizado se pone énfasis en los datos biológicos, ya que el origen de los datos se basa en la historia clínica médica, quedando para otro estudio el análisis de las entrevistas personales y familiares realizadas por el Servicio Social del HIGA EVITA Lanús. A pesar de recurrir a distintas fuentes de datos no fue posible obtener información adecuada de datos importantes como ser educación y estado civil. De haberlo logrado se hubiera podido profundizar más el análisis.

Al utilizar las técnicas cuantitativas, para analizar los datos obtenidos, sentí que no podía reflejar adecuadamente la realidad que observo diariamente, porque el análisis cuantitativo realizado no alcanza abarcar la complejidad del tema. Cuanto más complejo hacía el análisis menos respuestas tenía, llegando a punto de replantearme la investigación. En consecuencia ésta debería complementarse con metodología cualitativa para analizar mejor la problemática del embarazo en la adolescencia.

Debido a que los embarazos menores de 4 meses se internan en el Servicio de Ginecología (que en el período en estudio no estaba informatizado), no se podía tener la totalidad de las menores asistidas por embarazo. Para completar la investigación se recurrió al Servicio de Estadística que registra los diagnósticos de egreso y los datos de filiación, por esta razón, en la mayoría de las adolescentes que abortaron no se ha podido tener la totalidad de las variables.

Otro inconveniente para la investigación fue la mala calidad del registro, tanto en la historia clínica de la paciente como en el llenado de la base de datos; ya que al ser distintas personas las que confeccionaron las historias clínicas, y varias las que pasaron los datos en la computadora, hubieron distintos criterios de llenado, por ejemplo, en educación y estado civil.

Durante el quinquenio en estudio, en nuestro Servicio disminuyó casi un 28% la frecuencia del embarazo en la adolescencia, que pasó del 18.75% en 1998 al 13.36% en el año 2002. En partido de Lanús también disminuyó en el mismo período, pero en menor medida, casi un 7%.

Cabe consignar que entre los años 2000 y 2001, el Hospital estuvo en remodelación, funcionando con la mitad de las camas disponibles; pero específicamente durante el 2001, la Maternidad funcionó solo con 20 camas, lo que provocó que solamente se asistieran a las pacientes en trabajo de parto avanzado. Con esta normativa, la mayoría de las nulíparas fueron derivadas a otros centros asistenciales, siendo así que disminuyó el porcentaje de adolescentes embarazadas. Ante esta situación de refacciones se restringió la atención en Consultorios Externos, lo que también contribuyó a disminuir la cantidad de pacientes asistidas.

Además de los cambios del Hospital, también hubo circunstancias que llevaron a la disminución de embarazadas adolescentes asistidas en él. Durante el período en estudio se inauguraron nuevos hospitales y se reacondicionaron otros, como ser el Hospital Dr. Oscar Alende de Ingeniero Budge, el cual captó parte de la población de Lanús que vive en el límite con Lomas de Zamora y cercana al Riachuelo (Villa Caraza y Villa Jardín).

Muchos autores destacan el papel del embarazo en la adolescencia en relación a los partos prematuros y el bajo peso al nacer (Fraser, 1995; Ketterlinus, 1990, CEDES, 2004). Pero estos resultados son controversiales y en los últimos años, distintas investigaciones han destacado que estos riesgos (obstétricos, neonatales e infantiles) se deberían más al resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente, que a su edad (Silber, 1995; Stern, 1997). Este mayor riesgo, tanto de prematurez como de bajo peso al nacer, en particular entre las adolescentes de mayor edad, podría estar relacionado a la pobreza, la nutrición deficiente, el hábito de fumar, el alcoholismo, la mala salud previa al embarazo y un control prenatal insuficiente y/o inadecuado (Coll, 1997; Zuckerman y Alpert 1983; Makinson, 1985).

Pese a considerar a las adolescentes como grupo de riesgo para bajo peso al nacer y de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), los estudios controlados sugieren que no hay diferencias de mayor riesgo obstétrico y neonatal que en las mujeres adultas. En el estudio de Bolzán y Guimarey (2001) la distribución del RCIU entre las adolescentes estudiadas no mostró diferencias según la edad y sí, en cambio, frente a la ganancia de peso materno durante el embarazo cuando fue escasa, por lo que concluye que no parece haber evidencias decisivas en cuanto a mayor riesgo de RCIU en la adolescente gestante pero sí en lo que se refiere a su estado nutricional.

Asimismo, las carencias alimentarias y la desnutrición maternas se asocian al bajo peso para la edad gestacional siendo conocido el hecho de que el estado nutricional materno tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el peso del recién nacido (Fescina, 1997).

Sin embargo, estudios que utilizaron análisis por regresión logística muestran que la edad materna no es un factor de riesgo independiente para bajo peso para edad gestacional, y que el bajo peso al nacer está primariamente asociado con el parto pretérmino. Los factores de riesgo para bajo peso al nacer incluyen la asociación de la baja edad materna, inadecuados controles prenatales y bajo nivel educativo (Cooper, 1995).

Así, en estudios que controlaron las variables sociales y los problemas de salud, demostraron que la edad temprana por sí sola no es suficiente para predecir el riesgo de bajo peso al nacer o prematuridad (Zuckerman y Alpert 1983).

En esta investigación no se hallaron diferencias en el bajo peso al nacer comparando los dos grupos de adolescentes ($p=0.479$, OR 2.15).

Al realizar intervenciones en las adolescentes embarazadas que han mejorado su situación socio-económica, se ha reducido la morbi-mortalidad perinatal (Olausson y Cnattingius, 1997) y cuando las adolescentes han accedido a un adecuado control prenatal también ha descendido la incidencia de parto pretérmino y bajo peso al nacer (Scholl y Miller, 1987).

A partir de datos extraídos de las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud del año 2001 se observa que para Argentina la prevalencia tanto de bajo peso al nacer como de prematuridad fueron mayores para los grupos de adolescentes que para las parturientas de mayor edad (Binstock, 2004) en concordancia con lo reportado por la mayoría de los estudios internacionales analizados.

En este estudio encontramos que las adolescentes tienen más partos prematuros que las adultas ($p<0.001$, OR 2.13); pero no se halló diferencias en el bajo peso al nacer ($p=0.138$, OR 1.23). Si analizamos estos eventos en embarazadas sin control prenatal tampoco se halló diferencias en el bajo peso al nacer ($p=0.886$, OR 0.73) ni en el parto prematuro ($p=0.316$, OR 0.62).

A pesar de tener pocos datos sobre el inicio de relaciones sexuales, se observó que fue más precoz en las pacientes adolescentes estudiadas, ya que el promedio de la población asistida en la Maternidad del HIGA EVITA Lanús fue de 16.4 años (Santiago, 2004) y en las adolescentes embarazadas fue un año antes, 15.3 años. Casi la mitad (42.86%) de estas tuvo su inicio sexual a 2 años de la menarca; y el 18.68% tuvo su primer parto o aborto un año después de su primera relación.

En la serie de adolescentes estudiadas se halló 6 pacientes con VIH + (0.54%), y 7 parejas infectadas. Es importante la cantidad de pacientes con antecedentes de transfusiones 20 (1.81%), no pudiéndose recoger las causas de estas. Es preocupante que casi un tercio de la población tenga adicciones ya sea a tabaco, alcohol o drogas.

En la población de adolescentes había un 9.52% (92/966) de embarazadas ya habían tenido por lo menos 2 embarazos previos. Tenían abortos previos 81 pacientes, de las cuales por lo menos 8 no fueron espontáneos.

En los pocos casos que se pudo registrar 2 embarazos adolescentes consecutivos, el tiempo promedio transcurrido entre la finalización de ellos, fue de 18,49 meses. Hubieron 6 adolescentes que en el período en estudio finalizaron 3 o más embarazos.

El promedio de consultas prenatales fue de 5, pero comenzó en forma tardía. El 10.51%, no controló su embarazo, no hallándose diferencias entre los dos grupos de adolescentes, pero sí al compararlo con las adultas, ya que en este grupo hubo menos pacientes sin control prenatal (8.08%).

No se hallaron diferencias en el porcentaje de mujeres desnutridas tanto adolescentes como adultas.

La patología más frecuentemente hallada en las adolescentes fue trastornos hipertensivos. En este grupo se encontró mayor porcentaje de eclampsia que en las adultas.

Fue menor la frecuencia de cesárea en las adolescentes, posiblemente por ser primigestas y tener un peso fetal menor que las adultas. Además en este grupo hay muchas embarazadas con cesáreas previas que condicionan la vía de finalización del embarazo.

Toda esta investigación fue posible gracias a la existencia de una base de datos en el Servicio de Maternidad, a la cual se le fueron agregando variables para poder luego analizarlas, como ser el domicilio exacto de la paciente, el cual la mayoría de las veces fue completado varios años después del parto utilizando los registros de los libros de nacimientos. Lamentablemente muchos de los profesionales de la salud no le dan importancia al sistema de registros, ya que consideran una pérdida de tiempo al llenado de planillas de registros, de libros de internación y de nacimiento, y a la correcta confección de la historia clínica; argumentando el exceso de trabajo que existe para tan poco personal. Si los registros fueran completos, se podría analizar la forma de trabajo, para planificar adecuadamente la utilización de los recursos y la distribución del personal de salud.

Es necesario, por lo antedicho, la implementación de mejores sistemas de información de salud, que no se basen únicamente en la recolección de datos biológicos, sino que también tomen variables socio – económicas, como ser educación, trabajo (formal o informal), tipo de vivienda, etc. lo que permitiría realizar análisis más completos de distintos eventos, logrando una mejor planificación del abordaje de los mismos.

Al observar la distribución geográfica de los domicilios de las embarazadas adolescentes, vemos que se agrupan en las zonas marginales del partido de Lanús y muchas veces, en el mismo domicilio, hubo más de un embarazo en la adolescencia. Es precisamente en estas zonas, que a su vez tienen una gran cantidad de población, donde existe mayor número de Unidades Sanitarias. Esto es así debido a la planificación municipal que destina más recursos en las zonas de villas. Pero a pesar de los puestos sanitarios es donde más se concentra el problema.

Ante esta realidad cabe hacerse algunas preguntas:

- ¿En las Unidades Sanitarias realizan atención primaria, como ser tareas de promoción y protección de la Salud, o son solamente centros asistenciales?
- ¿Existe una adecuada formación en el personal de salud destinado a estas zonas, o el personal más antiguo trabaja en zonas donde este problema es menor, perdiéndose la experiencia ganada con los años?
- Debido a la multicausalidad del problema, ¿no deberían plantearse el análisis interdisciplinario, y la consecuente acción gubernamental en educación, desarrollo e infraestructura, y no recargar todo el problema sobre el Sistema de Salud?
- ¿Es adecuada la utilización de anticonceptivos y es suficiente su cantidad para la población marginal?

Una propuesta de acción es reforzar en forma más activa la atención primaria de la salud, realizando actividad extramural para poder detectar la población en riesgo, en lugar de hacer atención primitiva de la salud con personal no capacitado para estar en ese nivel, asistiendo a la adolescente recién cuando concurre espontáneamente. Es de fundamental importancia crear equipos interdisciplinarios con salida a la comunidad, fomentando el control de salud periódico, haciendo educación para la salud en escuelas, templos religiosos, sociedades de fomento, clubes, comedores, o en otros lugares de reunión. Promoviendo el uso de anticonceptivos, en especial el uso de la doble protección (preservativo asociado a otro método como ser anticonceptivos orales); estimulando el control ginecológico anual, incentivando a la paciente para que concorra ante síntomas de infecciones de transmisión sexual: y cuando el embarazo se produjo, realizar el control prenatal precoz, periódico y adecuado por un equipo idóneo de salud, que pueda pesquisar la aparición de eventual patología en forma temprana para realizar la derivación a un centro de mayor complejidad. En caso de que la paciente no pudiese asistir al hospital, por ejemplo, por razones económicas, el 2º nivel de atención debería tener un grupo de profesionales que realice en forma periódica asistencia en la Unidades Sanitarias, de esta manera permitiría el control de pacientes que no llegan al hospital, y a su vez sirve como capacitación del personal del 1º nivel.

La disminución de la cantidad de adolescentes embarazadas asistidas en nuestro hospital, en menor magnitud que la cantidad total de partos de adolescentes de las residentes en el partido de Lanús, se debería a:

- que las menores están siendo asistidas en otros hospitales
- que el dato del municipio es del número de recién nacidos de madres adolescentes y no del total de los embarazos. Los datos de la investigación incluyen a los abortos que se internan; esta disminución mayor en el hospital ¿se debería a que ha aumentado el número de abortos provocados que no necesitan internación por la utilización, cada vez más generalizada en comprimidos con análogos de las prostaglandinas?

En futuras investigaciones se deberían analizar los datos sociales obtenidos, tanto en las entrevistas sociales como los consignados en las historias clínicas, y relacionarlos con los datos biológicos. También está en elaboración una base de datos para ingresar a todas las adolescentes embarazadas asistidas por Consultorios Externos, que incluya además datos socioculturales. Otra línea de investigación podría ser el análisis multiniveles del individuo y del domicilio (dirección exacta, manzana, barrio, etc.) y relacionarlo con los resultados biológicos.

CONCLUSIONES

En esta investigación sobre el embarazo en la adolescencia, se halló que el 16% de los partos asistidos en la Maternidad del HIGA EVITA Lanús ocurrieron en menores de 20 años.

En el quinquenio en estudio, 1998 – 2002, se asistieron 1104 embarazadas adolescentes residentes en el partido de Lanús, realizándose 936 partos y 168 abortos, lo que significó que el 15% de las pacientes terminaron su embarazo en un aborto. De estos uno provocó la muerte de la menor.

La edad promedio de las embarazadas al momento de la finalización del embarazo fue de 17 años, siendo la menor edad 12 años. Casi el 10% tenía 2 o más embarazos previos; y más del 8% había tenido por lo menos un aborto previo al embarazo en estudio.

Cerca del 11% de las adolescentes no realizó control prenatal. Según criterios de la OMS, casi el 15% de las adolescentes embarazadas estaban desnutridas al comenzar el embarazo.

De los 936 embarazos que finalizaron en partos, el 12% fue por cesárea. La edad gestacional media al nacimiento fue de 38.3 semanas. El 8% de los nacimientos fueron prematuros.

El peso promedio de los recién nacidos fue de 3000 gramos, siendo la edad gestacional estimada por el método de Capurro de 38 semanas. El 8% de los recién nacidos tuvo bajo peso al nacer para la edad gestacional.

Al comparar las adolescentes con las adultas residentes del partido de Lanús se halló que en el grupo de las primeras existe mayor número de pacientes sin control prenatal. En las adultas se halló más patologías durante el embarazo, menor porcentaje de eclampsias.

La frecuencia de cesáreas fue menor en las adolescentes. Así también como el peso de los recién nacidos.

En el grupo de las menores fue más frecuente el parto prematuro, pero no hubo diferencias con respecto al bajo peso al nacer, ni con la cantidad de muertes fetales.

Al analizar geográficamente la distribución del embarazo en la adolescencia asistido en el HIGA EVITA Lanús, se observa su distribución fundamentalmente en las zonas de villas y barrios pobres del partido.

Debido a la distribución geográfica de los centros asistenciales, centros de salud y hospitales, del partido de Lanús, que abarcan todo el territorio, estas pacientes tuvieron cerca de su domicilio algún establecimiento de salud, donde consultar para evitar el embarazo, o ante el hecho consumado, para realizar el control prenatal.

Realizando un análisis final, el embarazo en adolescentes debe ser asistido por un equipo multidisciplinario, con experiencia en el tema, y en lo posible en el nivel primario de atención, poniendo énfasis en la prevención, tanto del embarazo, mediante educación sexual y uso de métodos anticonceptivos eficaces como de las patologías que acompañan al mismo, muchas de las cuales pueden mitigarse mediante el control prenatal precoz, periódico, completo y adecuado a cada situación.

La cercanía del centro asistencial al domicilio de la adolescente permite conocer con mayor aproximación al contexto, tanto social como familiar, que rodea al embarazo, permitiendo una visión más holística del hecho. A su vez el afianzamiento de la relación medico-paciente permitirá realizar acciones de salud para prevenir situaciones de riesgo tanto para la adolescente como para su hijo.

BIBLIOGRAFÍA

- BID – Banco Interamericano de Desarrollo 2000, 'Prevalencias, costos y consecuencias del embarazo entre adolescentes en América Latina y el Caribe', URL: <<http://www.iadb.org/sds/doc/SaludReproductiva-NotaTecnica9.pdf>> [Acceso 5 de marzo de 2005].
- Binstock, G. 2004, "*Fecundidad adolescente: diagnóstico sociodemográfico*", Informe final junio de 2004. CONAPRIS-CENEP.
- Bolzán, A & Guimarey L 2001, 'Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos', *Arch Argent Pediatr*, Vol 99, N° 4, p. 296-301.
- Burrow, G & Ferris, T 1984, *Complicaciones médicas durante el embarazo*, 2° edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Burt, M 1996, The Urban Institute. '¿Por qué debemos invertir en el adolescente?', *Conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe*, 9 al 12 de julio de 1996. Organización Panamericana de la Salud, URL: <www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Burt.pdf> [Acceso 4 de marzo de 2005].
- Buvinic, M 1997, 'Costs of Adolescent Childbearing America and the Caribbean', ICRW Working Paper No. 5. Washington, D.C.: International Center Research on Women.
- Buvinic, M 2004, Citado por Espinosa Navarro, S '*Embarazo adolescente. Las representaciones sociales de la adolescencia*', URL: <http://biceal.org/html/documentos/boletin_voces/boletin_voces08.php#violencia_sexual> [Acceso 22 de noviembre de 2004]
- Calatroni, C & Ruiz V 1981, *Terapéutica Ginecológica*, 9° edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- California Legislative Analyst 1995, URL: <http://www.enfrentate.org/DatosPrincipales.htm#Los_Costos> [Acceso 2 de febrero de 2005]
- California Office of Family Planning 2001, URL: <<http://www.letsgetreal.org/nr0201.htm>> [Acceso 24 de febrero de 2005]
- CEDES – Centro de Estudios de Estado y Sociedad 2004, '*El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud*', URL: <<http://www.cedes.org/informacion/index2.html>> [Acceso 4 de marzo de 2005]

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Oswaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

- CEPAL–CELADE 1996, '*Población, salud reproductiva y pobreza*', URL: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/5/lcg2015/lcg2015e.htm>> [Acceso 4 de marzo de 2005]
- Coll, A 1997, '*Embarazo en la adolescencia*', Clínicas Perinatológicas Argentinas Vol 4, p. 23 – 55, Ediciones ASAPER. Buenos Aires.
- Coll, A 1999, 'Marco conceptual de la maternidad adolescente', *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv*, Vol 6, N° 3, p. 126-131.
- Cooper, L, Leland, N, & Alexander, G 1995, 'Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents', *Soc Biol*, N° 42, p. 22-35.
- Espinosa Navarro, S 1996, '*Embarazo adolescente. Las representaciones sociales de la adolescencia*'. Oficina Internacional Católica de la Infancia. URL:http://biceal.org/html/documentos/boletin_voces/boletin_voces08.php#violencia_sexual> [Acceso 2 de marzo de 2005]
- Fescina, R 1997. '*Nutrición materna y resultados perinatales*', Clínicas Perinatológicas Argentinas, Vol 4, p. 77-98, Ediciones ASAPER, Buenos Aires.
- Fraser, A *et al.* 1995, 'Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes', *Engl J Med*, N° 332, p. 1113-1117.
- Geldstein, R & Pantelides E 2001, '*Riesgo reproductivo en la adolescencia*', Cuadernos de UNICEF Argentina 13.1. URL : <<http://www.unicef.org/argentina/publica/pdf/13-8.pdf>> [Acceso 4 de marzo de 2005]
- Gogna, M 2001, *Programas de salud reproductiva para adolescentes*, Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires.
- Gori, RM *et al.* 1982, *Ginecología*, El Ateneo, Buenos Aires
- Guixa, H & Otturi J 1980, *Compendio de Ginecología*, 3° edición, López Libreros Editores, Buenos Aires.
- INDEC – Instituto Nacional de Estadística y Censo 2001, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.
- Ketterlinus, R *et al* 1990, 'Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behaviour: influences on neonatal risk status', *J adolesc Health Care*, N° 11, p. 423-31.
- Klepling 2004. Citado por Espinosa Navarro, S '*Embarazo adolescente. Las representaciones sociales de la adolescencia*', URL: <http://biceal.org/html/documentos/boletin_voces/boletin_voces08.php#violencia_sexual> [Acceso 6 de marzo de 2005]

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002. Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

- Lejarraga H & Díaz Ballvé C 1976, 'Tablas de peso de nacimiento para periodos gestacionales de 35 a 43 semanas', *Rev Hospital de Niños de Buenos Aires*, N° 68.
- Lete Lasa, I et al. 2001, *Embarazo en la adolescencia. Manual de Salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*, 1º edición, Sociedad española de Contraconcepción, Zaragoza.
- Makinson, C 1985, 'The health consequences of teenage fertility', *Fam Plann Perspect*, N° 17 p. 132-139.
- Malthus T 1997, *Primer ensayo sobre la población*, Ediciones Altaza, Barcelona.
- Marx, C 1956, *El capital*, Editorial Cartago, Buenos Aires.
- Méndez Ribas JM 1993, *Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo*, Editorial Ascune, Buenos Aires.
- MSAS – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación 1993. Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente.
- MSAS – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación 1993, '*Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I. Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido*', Secretaría de Recursos y Programas de Salud, Subsecretaría de Salud Comunitaria, p. 29 – 73.
- MSAS – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación 1995, '*Lineamientos Normativos para la Atención Integral de Salud en adolescentes*'. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria, Dirección de Salud Materno Infantil. Buenos Aires.
- MSAS – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación 2002, Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales.
- NCHS – National Center for Health Statistics 2000, in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, URL: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/growthcharts/set2clinical/cj41c074.pdf>> [Acceso 14 de diciembre de 2004]
- National Vital Statistics Reports 1999, URL: <<http://www.enfrentate.org/DatosPrincipales.htm>> [Acceso 21 de febrero de 2005]
- Olausson, P & Cnattingius S 1997, 'Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden', *Obstet Gynecol*, N° 89 p. 451-457.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Oswaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

- OMS – Organización Mundial de la Salud 1977, 'Health Needs of Adolescent'. Technical report. Serie 609; p. 9 – 10.
- OMS – Organización Mundial de la Salud 2000, Nutrition for Health and Development (NHD) Sustainable Development and Healthy Environments (SDE).
- OMS – Organización Mundial de la Salud 2004, URL: <http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/NUT/20030507_1?PrintView=1&> [Acceso 24 de febrero de 2005]
- ONU – Organización de las Naciones Unidas 1994, Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud 2000, '*Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica 1988-1998*', Serie OPS/ FNUAP N° 1.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud 2001, '*Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de adolescentes*', URL: <<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>> [Acceso 24 de febrero de 2005]
- Programa Nacional de Estadísticas. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
- Pick de Weiss 1991, Citado por OPS 2000, '*Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica 1988-1998*', Serie OPS/ FNUAP N° 1.
- Population Reference Bureau 1992, '*La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias*', Washington, D.C.
- Rodríguez Armas, O, Santiso Gálvez, R & Calventi, V 1996, '*Libro de texto de FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología)*', Vol 1, Editorial Ateproca, Caracas.
- Santiago, O 2004, Informe sobre el Servicio de Obstetricia del Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA". (Mimeo)
- Scholl, T & Miller L 1987, 'Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight', *Obstet Gynecol*, N° 69, p. 312-316.
- SIEMPRO – Sistema de Información, Monitoreo y Evolución de Programas Sociales 2002, '*La situación de los jóvenes en el Gran Buenos Aires*', URL: <<http://www.siempro.org.ar>> [Acceso 24 de febrero de 2005]

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
 Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

- SIEMPRO – Sistema de Información, Monitoreo y Evolución de Programas Sociales 2003, '*Informe Día Internacional de la Mujer*', URL: <<http://www.siempro.org.ar>> [Acceso 14 de febrero de 2005]
- Silber 1995, '*La salud del adolescente y del joven*', OPS, Publicación Científica N° 552.
- Singh, S & Wulf D 1990, '*Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana: Un Perfil de las Américas*'. New York: Alan Guttmacher Institute. En Burt, M. '*¿Por qué debemos invertir en el adolescente?, Conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996*', URL: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/doc_why_invest.htm> [Acceso 22 de febrero de 2005]
- Snooks & Co 2002, '*Style manual for authors, editors and printers*, 5th ed, rev. Snooks & Co., John Wiley & Sons, Canberra.
- Stern, C 1997, 'El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica', *Salud pública Mex*, Vol 39 N° 2, p. 137 – 143.
- The California Wellness Foundation. URL: <<http://www.enfrentate.org/home.htm>> [Acceso 2 de diciembre de 2005]
- Uranga Imaz FA & Uranga Imaz FA 1984, '*Obstetricia práctica*, 5° edición, Editorial Intermédica, Buenos Aires.
- Zacharias, L & Wartman R 1966, 'Adolescence', *N Engl J Med*, N° 280, p. 868-873.
- Zuckerman, B & Alpert J 1983, 'Neonatal outcome: is adolescent pregnant a risk factor?', *Pediatrics*, N° 71, p. 489-493.

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megypps, UNLA, 2005.

ANEXO

I. Variables utilizadas

- Número de historia clínica: (cuantitativa, numérica, nominal) es el número de documento de la adolescente embarazada
- Nombre y Apellido (cualitativa, nominal)
- Edad: (cuantitativa, numérica continua) en años cumplidos
- Domicilio (cualitativa, nominal)
- Estado civil: soltera
(cualitativa, nominal) casada
otros
- Instrucción: analfabeta
(cualitativa, ordinal) primaria incompleta
primaria completa
estudios secundarios
terciaria
- Menarca: (cuantitativa, numérica continua) en años cumplidos
- Inicio de relaciones sexuales: (cuantitativa, numérica continua) en años cumplidos
- Número de parejas sexuales (cuantitativa, numérica discreta)
- Antecedentes patológicos personales (cualitativa, nominal)
- Pareja VIH + (cualitativa, nominal)
- Número de embarazos (cuantitativa, numérica discreta)
- Números de partos previos (cuantitativa, numérica discreta)
- Número de abortos previos (cuantitativa, numérica discreta)
- Número de cesáreas previas (cuantitativa, numérica discreta)
- Fecha de la última menstruación (cuantitativa, numérica continua)
- Intervalo intergenésico: (cuantitativa, numérica continua) tiempo entre 2 embarazos consecutivos medido en meses
- Antecedentes obstétricos (cualitativa, nominal)
- Número de controles prenatales (cuantitativa, numérica discreta)
- Lugar del control prenatal (cualitativa, nominal)
- Edad gestacional en la primera consulta prenatal: (cuantitativa, numérica continua) en semanas
- Peso al inicio del embarazo: (cuantitativa, numérica continua) en kilogramos
- Talla materna: (cuantitativa, numérica continua) en metros

- Índice de masa corporal (IMC) (peso / talla²): (cuantitativa, numérica continua) se utilizó los parámetros de la OMS (2004) sobre desnutrición y obesidad. Además se utilizaron la tablas de IMC según edad del National Center for Health Statistics (2000), clasificando en: (cualitativa, nominal)

desnutrición	< 18.50	(percentilo < 10)
normal	18.50 – 24.99	(percentilo entre 10 y 75)
sobrepeso	25.00 – 29.99	(percentilo entre 75 y 90)
obesidad	> 30.00	(percentilo > 90)
- Patologías del embarazo (cualitativa, nominal)
- Fecha de la terminación del embarazo (cuantitativa, numérica continua)
- Hora de finalización del embarazo (cuantitativa, numérica continua)
- Edad gestacional al finalizar el embarazo: en semanas (cuantitativa, numérica continua)
- Ingreso en período expulsivo (cualitativa, dicotómica)
- Tipo de terminación del embarazo:

aborto		
(cualitativa, nominal)	parto	- parto vaginal
		- cesárea
		- fórceps
- Número de fetos (cuantitativa, numérica discreta)
- Tipo de presentación:

cefálica
(cualitativa, nominal) pelviana
indiferente o transversa
- Sexo de recién nacido (cualitativa, nominal)
- Peso del recién nacido: (cuantitativa, numérica continua) en gramos. Se definió según tabla de Lejarraga y Díaz Ballvé (1976) de peso del recién nacido por edad gestacional como: (cualitativa, ordinal)
 - Bajo peso: por debajo del percentilo 10
 - Peso adecuado: entre los percentilos 10 y 90
 - Alto peso: mayor al percentilo 90
- Score de Apgar a los 5 minutos:

(cualitativa, ordinal)	vigoroso (puntaje entre 7 y 10)
	deprimido leve (puntaje entre 4 y 6)
	deprimido grave (puntaje entre 0 y 3)
- Edad gestacional del recién nacido por el método de Capurro: (cuantitativa, numérica discreta) en semanas completas
- Patologías del parto (cualitativa, nominal)
- Malformaciones del recién nacido (cualitativa, nominal)
- Patologías del puerperio (cualitativa, nominal)

II. Índice de tablas

Tabla 1: Porcentaje de recién nacidos vivos de madres menores de 20 años en relación al total de mujeres con partos de recién nacidos vivos. República Argentina.	7
Tabla 2: Relación porcentual entre el número de muertes maternas en todas las edades y en menores de 20 años. República Argentina. 1998 - 2002.	9
Tabla 3: Relación porcentual entre el número de muertes maternas por aborto en todas las edades, y en menores de 20 años. República Argentina. 1998 - 2002.	9
Tabla 4: Causas de muertes maternas de mujeres residentes en el partido de Lanús. 1998 – 2002.	10
Tabla 5: Número de nacidos vivos, según la edad de la madre, en el partido de Lanús, 2001.	17
Tabla 6: Número de nacidos vivos de mujeres residentes en Lanús, de todas las edades y en menores de 20 años, entre 1998 y 2002.	17
Tabla 7: Población por localidades del partido de Lanús, 2001.	18
Tabla 8: Distribución porcentual de partos en adolescentes menores de 20 años, entre 1998 y 2002 en la Maternidad del HIGA “EVITA” Lanús	27
Tabla 9 Razón partos / abortos de menores de 20 años domiciliadas en el partido de Lanús, asistidos en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.	28
Tabla 10: Medidas de resumen y de dispersión de edad materna de adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.	29
Tabla 11: Distribución porcentual de edad de las embarazadas al momento de la finalización del embarazo, residentes en Lanús, asistidas en HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.	30
Tabla 12: Distribución porcentual de los antecedentes personales de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.	31

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.
 Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Tabla 13: Medidas de resumen y dispersión, de número de embarazos, número de partos previos y número de abortos previos, de embarazadas adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	32
Tabla 14: Distribución porcentual del número de embarazos de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	32
Tabla 15: Distribución porcentual del número de partos previos de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	33
Tabla 16: Distribución porcentual del número de abortos previos de las adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	33
Tabla 17: Medidas de resumen y dispersión de número de controles prenatales, en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	34
Tabla 18: Distribución porcentual del número de controles prenatales en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	34
Tabla 19: Distribución porcentual del lugar de atención prenatal en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	35
Tabla 20: Frecuencia de Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	36
Tabla 21: Frecuencia de IMC previo al embarazo según percentilos de HCHS en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	36
Tabla 22: Distribución porcentual de antecedentes obstétricos de las embarazadas adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	37
Tabla 23: Distribución porcentual de causas de la primera cesárea en las adolescentes embarazadas que tenían por lo menos una cesárea previa, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	37

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
 Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megypps, UNLa, 2005.

Tabla 24: Distribución porcentual de patologías diagnosticadas durante el embarazo en adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	38
Tabla 25: Medidas de resumen y dispersión de la edad gestacional en semanas al momento de la internación por patología en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	39
Tabla 26: Distribución porcentual de diagnósticos de internación por patología en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	39
Tabla 27: Distribución porcentual de la forma de finalización del embarazo de adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	40
Tabla 28: Distribución porcentual de los distintos tipos de partos en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	40
Tabla 29: Distribución porcentual de patología hallada en el parto de adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	41
Tabla 30: Distribución porcentual de causas de cesárea en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	41
Tabla 31: Medidas de resumen y dispersión de la edad gestacional por FUM en semanas al momento de la finalización del embarazo en adolescentes embarazadas residentes en Lanús, asistidas en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	42
Tabla 32: Distribución porcentual de edad gestacional por FUM al momento de finalizar el embarazo de adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	43
Tabla 33: Distribución porcentual de tipo de presentación fetal al momento de la finalización del embarazo en adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	43
Tabla 34: Distribución porcentual de sexo de los recién nacidos o abortos de embarazadas adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	44

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Tabla 35: Medidas de resumen y dispersión de peso del recién nacido y la edad gestacional del mismo por el método de Capurro en hijos de madres adolescentes residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	44
Tabla 36: Distribución porcentual de peso de los recién nacidos de hijos de madres adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	45
Tabla 37: Distribución porcentual de edad gestacional por examen físico del recién nacido según método de Capurro en hijos de madres adolescentes residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	46
Tabla 38: Distribución porcentual de la adecuación del peso del recién nacido a la edad gestacional por Capurro en hijos de madres adolescentes residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1988 – 2002.	47
Tabla 39: Distribución porcentual de score de Apgar a los 5 minutos en hijos de madres adolescente residentes en Lanús, asistida en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	47
Tabla 40: Comparación entre el número de controles prenatales de adolescentes menores de 16 años con las de esa edad y mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	48
Tabla 41: Comparación entre el número promedio de controles prenatales de adolescentes del Grupo 1 y del Grupo 2, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	48
Tabla 42: Comparación de la falta de control prenatal en las embarazadas adolescentes y en las mayores residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	50
Tabla 43: Comparación de la presencia de patología en el embarazo en las gestantes adolescentes y en las mayores residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	51
Tabla 44: Comparación de aparición de eclampsia en las embarazadas adolescentes y en las mayores residentes de Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	51

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
 Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLa, 2005.

Tabla 45: Comparación del tipo de parto en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	51
Tabla 46: Comparación de la edad gestacional al parto; peso del recién nacido y edad gestacional del mismo por el método de Capurro en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	52
Tabla 47: Comparación de parto prematuro en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	52
Tabla 48: Comparación de recién nacidos de bajo peso en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	53
Tabla 49: Comparación de muerte fetal en las embarazadas adolescentes y en las mayores, residentes en Lanús, asistidas en HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.	53

III. Índice de gráficos

Gráfico 1: Relación porcentual entre las muertes maternas de mujeres adultas y de adolescentes. República Argentina. 1998 – 2002.	10
Gráfico 2: Relación porcentual número de recién nacidos entre mujeres adultas y adolescentes residentes en Lanús, en los años 1998 – 2002.	18
Gráfico 3: Relación porcentual entre el número de partos de adultas y adolescentes de la Maternidad del HIGA “EVITA” Lanús, años 1998 – 2002.	28

IV. Índice de mapas

Mapa 1: Partido de Lanús, sus localidades y ubicación del HIGA “EVITA” Lanús.	19
Mapa 2: Establecimientos sanitarios del partido de Lanús.	20
Mapa 3: Georreferencia del domicilio habitual de las embarazadas adolescentes residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales y localidades del partido.	54
Mapa 4: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas menores de 16 años, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales.	55
Mapa 5: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas con 2 partos previos, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales.	56
Mapa 6: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas con 3 o más partos previos, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002 y sus relación con establecimientos asistenciales.	57
Mapa 7: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas sin control prenatal, residentes en el partido de Lanús, asistidas en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales.	58
Mapa 8: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes embarazadas con control prenatal realizado en el HIGA “EVITA” Lanús, residentes en el partido de Lanús, asistidas en este hospital, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales.	59
Mapa 9: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes residentes en el partido de Lanús, cuyos embarazos finalizaron en aborto, asistidos en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.	60
Mapa 10: Georreferencia del domicilio habitual de la embarazada adolescente muerta por aborto séptico, asistida en el HIGA “EVITA” Lanús, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales.	61

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos “EVITA” Lanús, 1998 – 2002.
Osvado Santiago. Tesis de maestría, Megyys, UNLa, 2005.

Mapa 11: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes residentes en el partido de Lanús, cuyos embarazos finalizaron en partos prematuros, asistidos en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002 y su relación con establecimientos asistenciales 62

Mapa 12: Georreferencia del domicilio habitual de las adolescentes residentes en el partido de Lanús, cuyos embarazos finalizaron recién nacidos de bajo peso, asistidos en el HIGA "EVITA" Lanús, 1998 – 2002 63

Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, residentes en el partido de Lanús y asistidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "EVITA" Lanús, 1998 – 2002.
Osvaldo Santiago. Tesis de maestría, Megyps, UNLA, 2005.

V. Glosario

Los términos utilizados se basan en definiciones de la OMS y en los libros: Obstetricia Práctica de Uranga Imaz (1984); y Ginecología de Gori (1982).

- Aborto tardío: expulsión del producto de la concepción que pese de 500 gramos o menos, después de las 20 semanas de la gestación.
- Eclampsia: cuadro grave hipertensivo asociado a convulsiones y/o coma materno
- Hidramnios: aumento de la cantidad de líquido amniótico, mayor a 2000 ml al término, o 1000 ml entre el 5º y 6º mes.
- Intervalo intergenésico: tiempo transcurrido entre 2 embarazos consecutivos.
- Menarca: primera hemorragia genital de tipo menstrual que ocurre en la pubertad.
- Oligoamnios: disminución de la cantidad de líquido amniótico, menor a 200 ml al término.
- Período expulsivo: 3º período del parto, que comienza con la dilatación completa y finaliza con la expulsión fetal. Puede durar hasta 1 hora.
- Restricción del crecimiento intrauterino: también llamado retardo de crecimiento intrauterino, se caracteriza por deterioro o disminución del desarrollo fetal, cuyo resultado es que el recién nacido (RN) muestra peso, longitud y circunferencia fetal menores a los que corresponden a un RN normal de la misma edad gestacional.
- Situación transversa: cuando la posición del feto se halla perpendicular a eje mayor materno, después de la semana 24 de gestación.