

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de ciencias medicas



Carrera de especialización en ginecología y obstetricia.

“Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud materno fetal.”

Autora: Naila Ayelen Juarez

Tutor: Jose Kuran

Centro formador: Hospital Provincial de Rosario

Año 2024

Agradecimientos

A mi familia (Mamá, papá y mis hermanos) en quienes me refugié y fueron mi apoyo emocional durante toda mi carrera, en especial a mi marido en quien no solo encontré un compañero incondicional, sino una persona que día a día me alienta y me ayuda a seguir adelante. A mi abuela Herminia a quien ya no tengo junto a mi, pero sigo dedicándole cada uno de mis logros porque se lo feliz que la hacía. A mis docentes, jefes y compañeros de residencia del Hospital Provincial de Rosario con quienes compartí mis cuatro años, gracias a cada uno que se tomó un ratito de su tiempo para enseñarme y aportar en mi formación. A mi tutor de quien aprendí durante mi residencia y quien no dudó en darme su apoyo al realizar este trabajo. A cada una de las pacientes que pasaron por mis manos mientras cursaba mi formación como especialista, porque de cada una de ellas aprendí mucho más que medicina. Y por último a la universidad pública y todas las personas que la conforman ya que sin ella no sería posible que yo, hija de trabajadores, primera generación universitaria de mi familia este hoy acá.

INDICE

1) Resumen.....	4
2) Palabras clave.....	5
3) Abreviaturas.....	6
4) Introducción.....	7
5) Objetivos.....	16
6) Material y métodos.....	17
7) Resultados.....	18
8) Discusión.....	25
9) Conclusión.....	36
10) Conflictos de interés.....	37
11) Bibliografía.....	38

Resumen:

Introducción: El embarazo en la adolescencia es un fenómeno global que genera graves consecuencias en la salud de esta población.² Los datos disponibles son controversiales en cuanto a los riesgos y los mismos difieren entre países, si bien hay algunos puntos en común, en realidad no está demostrado que la edad en si sea un factor aislado en cuanto al riesgo materno – fetal, sino que esto estaría estrechamente ligado al contexto¹⁹.

Objetivo general: Identificar si el embarazo adolescente actúa como un factor de riesgo en la salud materno fetal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, analítico, observacional de tipo cohorte. Se analizaron datos desde el mes de enero hasta diciembre del año 2022.

La información se obtuvo de historias clínicas y del Sistema informático perinatal. Se dividió a las pacientes en 2 grupos: adolescentes hasta 19 años inclusive y adultas de 20 a 29 años, el grupo control se seleccionó de manera aleatorizada mediante un programa estadístico.

Resultados: De un total de 1636 nacimientos que se produjeron en el Hospital Provincial de Rosario durante el año 2022 se encontraron 215 nacimientos de madres adolescentes, esto da como resultado un 13% anual.

Los resultados más relevantes se vieron en los recién nacidos reflejando una mayor incidencia en el grupo de madres menor de 19 años de: bajo peso al nacer (25/12% vs 16/ 7.7%) RR:1.05 (IC 95% 0.98-1.12). Apgar bajo al nacimiento, (10/4.8% vs 5/ 2.3%) (RR:1.03(IC 95% 0.99-1.06). Prematurez: (34/16.3% vs 23/11%) RR: 1.10(IC 95% 1.02-1.18), y mayor porcentaje de ingreso a neonatología (31/14.8% vs 17/8.1%) RR:1.08 (IC 95% 1.01-1.16)

Palabras clave: Embarazo adolescente – Salud sexual y reproductiva – Consecuencias del embarazo adolescente – Salud perinatal – Políticas de salud pública –Derechos humanos.

Abreviaturas:

OMS: organización mundial de la salud

INDEC: Instituto nacional de estadísticas y censos

BPN: Bajo peso al nacer

RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino

DSS: Determinantes sociales en salud

Introducción:

La salud de los adolescentes constituye un tema que despierta cada vez mayor interés en todo el mundo, especialmente cuando hablamos de salud sexual y reproductiva en este grupo etario, ya que las consecuencias de un embarazo a esta edad están atravesadas no solo por el incremento del riesgo en términos biológicos, sino que trae aparejada grandes consecuencias psicológicas, económicas y sociales⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta (entre los 10 y 19 años).

Cabe destacar que hay discordancia dentro de la bibliografía en cuanto a la subdivisión de etapas en este periodo de la vida, depende si se considera cronológica, biológica y/o socioculturalmente.

En el presente trabajo consideraremos adolescencia temprana el periodo comprendido de 10 a 14 años y adolescencia tardía de los 15 a los 19 años, ya que esta división es la utilizada para obtener el análisis estadístico en nuestro país en base a indicadores como la tasa de fecundidad adolescente temprana y tardía.⁵ Existe una diferencia con la definición de la OMS en cuanto al inicio de la adolescencia con nuestra legislación actual (Ley 26.994 código civil y comercial, sección 2, Artículo 25) donde se establece que: “se considera adolescente a la persona menor de edad que cumplió 13 años”⁴, por lo cual un embarazo en una persona de 12 años o menor es considerado un embarazo infantil.

Los embarazos en la adolescencia no solo tienen consecuencias emocionales sobre las personas que gestan sino que comprometen su trayectoria educativa, laboral, y por ende sus vínculos sociales. La maternidad temprana está fuertemente asociada al abandono escolar y consecuentemente tiene un impacto considerable a largo plazo en las posibilidades que tienen las mujeres y personas con capacidad de gestar que tuvieron hijos en la adolescencia, de insertarse en el mercado laboral y de acceder a puestos de trabajo de calidad, afectando su seguridad económica y la de sus familias¹.

Ante la falta de información directa para medir embarazo adolescente (ya que este término engloba la cantidad de adolescentes cursando un embarazo y además los eventos asociados a su posible interrupción) y para medir maternidad adolescente (entendida la misma tanto desde un punto de vista legal como cultural la cual no solo involucra el acto del parto), se considera la información disponible sobre nacidos vivos gestados por personas adolescentes para aproximarse desde una perspectiva estadística a estas problemáticas.⁵

El indicador por excelencia para su medición es la tasa de fecundidad adolescente, indicador que no depende de la conducta reproductiva de los demás grupos etarios y que, por lo tanto, permite analizar por sí mismo el de las personas gestantes hasta los 19 años inclusive, compararlo entre jurisdicciones y seguir su evolución en el tiempo.⁵

Indicadores mundiales muestran que, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2021. Aunque se han producido disminuciones en todas las regiones, África subsahariana, América Latina y el Caribe continúan teniendo las tasas más altas a nivel mundial, con 101 y 53,2 nacimientos por cada 1000 mujeres, respectivamente.⁸

La tasa de fecundidad en la Argentina hace unos años se encuentra por debajo del promedio en América Latina, mostrando una tendencia decreciente desde el año 2016.⁶

En el año 2021 en nuestro país, la cantidad de total de nacidos vivos fue de 529.794, de los mismos 47.630 fueron de madres adolescentes dando como resultado un 9% anual², en contraposición con 2019 en donde hubo un total de nacidos vivos de 615.133 de los cuales 71.741 fueron de madres adolescentes, es decir un 11,5% anual.⁵

Según la Tendencia de las tasas de fecundidad por 1.000 nacidos vivos (total, adolescente, temprana y tardía) del INDEC en nuestro país en 2021 se registró un descenso del 26% con respecto a 2019. Este descenso es el mayor de la serie histórica, superando la baja advertida el año anterior (del 18%). Esto implica que se produjeron 20 mil nacimientos menos de gestantes adolescentes que en 2019 y 58 mil menos con respecto a 2016 (un 52% menos)^{6,7}.

Estos números fueron posibles gracias a las estrategias políticas en salud integral de la mujer que se aplicaron en nuestro país, como lo fue el plan ENIA desde el año 2017, el mismo apunta a dar una respuesta holística al embarazo no intencional en la adolescencia, entendiendo al ser humano como un sujeto de derecho, haciendo énfasis en las transiciones que atraviesan los adolescentes mediante una perspectiva de género, considerando el contexto particular en el que las oportunidades de desarrollo personal e inclusión social se generan y en el cual los individuos toman decisiones respecto de sus trayectorias. El mismo esta ordenado en tres dispositivos: Dispositivo 1, de Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral, Dispositivo 2, de Asesorías en Salud Integral en escuelas y servicios de salud, Dispositivo 3, Salud Sexual y Reproductiva¹⁸.

Un dato importante a tener en cuenta es que siete de cada diez adolescentes en el año 2021 no había planificado ese embarazo y en menores de 15 años esa cifra aumenta a ocho de cada diez³. De aquí radica la importancia en que se sigan llevando a cabo políticas públicas en ámbitos de salud y derechos humanos haciendo énfasis en la prevención, brindando un mejor acceso a métodos anticonceptivos y a educación sexual integral.

Las causas y consecuencias de los embarazos en adolescentes son tema de mucha investigación, discusión y debate sobre políticas y programas.

Algunos estudios han sugerido que los embarazos adolescentes comprometen las perspectivas educativas y las oportunidades económicas de las mujeres.^{10,11,12}, mientras otros trabajos indican que los embarazos en esta población son un marcador de tales condiciones, más que una causa subyacente de ellas.^{13,14}

No obstante, existe un acuerdo en que los embarazos adolescentes están relacionados tanto con malas condiciones de vida como perspectivas sociales y económicas.

El embarazo adolescente ha sido asociado con el incremento en la incidencia de resultados adversos perinatales y maternos. La adolescente embarazada es motivo de investigación y propuestas de acción ya que los conocimientos médicos actuales

confirman su tendencia a sufrir problemas de salud dando como resultado un incremento en la morbilidad perinatal.¹⁴

La presencia de ciclos irregulares, el desconocimiento de la fecha de última menstruación, el sangrado de implantación al inicio de la gestación, considerado erróneamente como una menstruación en la adolescente, ocasionan un retraso en su diagnóstico.¹⁵

En muchos casos una de las barreras en cuanto a la consulta precoz por embarazo en esta etapa de la vida, se da debido a que las adolescentes no consideran la posibilidad de estar embarazadas.

Según un estudio realizado en Canadá en el cual se consideraron los motivos de consulta más frecuentes en adolescentes embarazadas diagnosticadas y no diagnosticadas. Se observó que, en menores de 16 años, aquellas cuyo embarazo fue diagnosticado más precozmente consultaban por dolor abdominal y molestias urinarias con más frecuencia que las que desconocían su estado (91 % frente al 22 %). Menos del 10 % mencionó la posibilidad de embarazo en el interrogatorio inicial, y el 10,5 % negó haber tenido relaciones sexuales. El 68 % de las adolescentes embarazadas no tenían recogidos en su historia clínica los datos sobre actividad sexual o menstruación, lo cual refleja la falta de consideración del embarazo entre las posibilidades diagnósticas en adolescentes; de ahí la importancia de una historia menstrual y sexual detallada rutinaria en estas pacientes, independientemente de la naturaleza de sus consultas.¹⁶

Los factores que predisponen al embarazo durante la adolescencia son complejos, pero se vinculan mayormente a grupos poblacionales segregados socioculturalmente.

Según la bibliografía disponible las clases sociales bajas tienen un riesgo 10 veces mayor que las clases sociales medias-altas. También presentan una mayor predisposición los grupos minoritarios.

Un estudio realizado en Ontario, Canadá, entre 1999-2009, observó que en 1 de cada 25 nacidos de adolescentes (15-19 años), la madre presentaba alguna enfermedad

psiquiátrica (definido como psicosis, trastorno bipolar o depresión mayor). La tasa de embarazo en adolescentes de 15-19 años con patología psiquiátrica fue de 44,9 por 1.000 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 43,3-46,7) frente al 15,2 por 1.000 (IC 95 %: 15,1-15,3) en población adolescente no afectada por estas patologías. (RR: 2,95; IC 95 %: 2,84-3,07).¹⁷

Los datos disponibles son controversiales en cuanto a los riesgos del embarazo en la adolescencia y los mismos difieren entre países, si bien hay algunos puntos en común, en realidad no está demostrado que la edad en si sea un factor aislado en cuanto al riesgo materno – fetal, sino que esto estaría estrechamente ligado al contexto y las posibilidades que el mismo les ofrece a las pacientes.

Por ejemplo, un estudio de México considera que la mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años que entre las de 20 a 29 años.¹⁹

Por el contrario, en un reporte de Estados Unidos la razón de muerte materna es igual o un poco menor en las mujeres menores de 20 años, cuando se compara este indicador con las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, el riesgo parece ser mayor en menores de 15 años.²⁰

Como ya se mencionó, un tema de vital importancia en la discusión de las consecuencias del embarazo a edades tempranas es la selectividad social de este fenómeno.

El nivel levemente superior de la mortalidad materna que en varios países caracteriza al grupo de 15-19 años en comparación con el de 20-29, posiblemente no es resultado meramente de factores biológicos, ya que, las madres adolescentes normalmente son de clases sociales más bajas, con menor acceso a educación, con mayores dificultades a la hora de concretar el acercamiento al sistema de salud y por ello enfrentan más riesgos que las madres de 20-29 años, independientemente de la edad.²⁰

Diversos estudios han informado una mayor incidencia de resultados maternos y perinatales adversos en todos los grupos etarios de madres adolescentes, como: bajo

peso al nacer, parto prematuro²¹⁻²⁴, muerte perinatal^{22,25}, desproporción céfalo-pélvica^{26,27}, y muerte materna^{23,28}.

Un estudio multinacional de la OMS informó que los riesgos de parto prematuro (<37 semanas de edad gestacional), lactantes con bajo peso al nacer (<2500 g) y afecciones neonatales graves (definidas como: recién nacidos que presentan cualquier de las siguientes condiciones: peso al nacer <1500 g, edad gestacional <32 semanas y puntaje de Apgar a los 5 minutos <7), fueron significativamente mayores entre todos los grupos de adolescentes, siendo los más altos riesgo observado entre el grupo de edad más joven (bajo peso al nacer: AOR = 1,17; IC 95%, 1,01–1,37; parto prematuro: AOR = 1,60; IC 95%, 1,37–1,87; condiciones neonatales graves: AOR = 1,56; IC 95%, 1,20–1,70)²⁹.

En nuestro país la tendencia va en concordancia con estos datos, en particular con lo relativo a porcentajes de parto pre término y bajo peso del al nacer en el neonato, que descienden conforme aumenta la edad de la madre³⁰.

El embarazo adolescente también es un factor que contribuye a las disparidades de salud de la madre y el niño a lo largo de la vida ¹⁷.

Diversas investigaciones aluden que en comparación con las mujeres que quedan embarazadas durante la edad adulta, las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un bajo nivel educativo y menos oportunidades de empleo³⁶⁻⁴⁴, peor salud mental⁴⁴⁻⁵³, menos apoyo social^{46,51} y mayores tasas de abuso de sustancias⁵⁴⁻⁵⁷. Además, otro conjunto de investigaciones ha demostrado una asociación entre la maternidad adolescente y la depresión^{45,53,55,58,59}, trastorno de ansiedad^{49,55}, trastornos alimentarios⁵⁵, y suicidio⁶⁰. También se postula que los hijos de madres jóvenes tienen un mayor riesgo de tener un menor rendimiento educativo^{57,61}.

En concordancia con lo que se plantea podemos ver que la prevalencia de resultados adversos del embarazo varía según el país²⁰, incluso en un mismo país varía según la región del mismo.

Un estudio de Irán reporta que: en comparación, las mujeres de 20 a 34 años vs mujeres de 13 a 19 años tenían un riesgo significativamente menor de parto por cesárea (aOR: 0,67; IC del 95 %: 0,51 a 0,77) y un menor riesgo de diabetes gestacional (aOR: 0,78; 95 % IC: 0,51-0,95). Además, los hijos de madres adolescentes tenían un riesgo significativamente mayor de BPN (OR: 1,47, IC 95 %: 1,01–2,73), RCIU (OR: 1,96, IC 95 %: 1,31–2,45) y líquido meconial (OR: 1,74, 95 % IC: 1,41-2,32). Si bien se aclara que las ciudades de Irán brindan atención prenatal gratuita a casi todas las mujeres embarazadas, incluidas visitas a médicos generales y parteras. Las unidades de maternidad especializadas de los hospitales públicos se ocupan de casi todos los pacientes y partos obstétricos. Como resultado, independientemente del nivel socioeconómico o del lugar de residencia, todas las personas tienen acceso a una atención prenatal integral³¹.

Mediante todo lo anteriormente expuesto podemos inferir en que las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener malos resultados en el embarazo debido a los determinantes sociales de la salud³².

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"³³.

Ahora bien, deberíamos empezar por analizar a que le llamamos "Salud", si bien la OMS nos brinda una definición: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"³⁴. El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un paradigma médico-biológico hasta un concepto más global, el paradigma socio-ecológico, que engloba al anterior y lo supera. Esta nueva forma de concebir la salud reemplaza la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio salud-enfermedad por la de un marco de proceso multicausal, de acuerdo con el pensamiento científico actual³⁵.

Como bien expone Pedro Luis Castellanos: "los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones. Ellos pueden ser

variaciones (movimientos, flujos de hechos) singulares, es decir, entre individuos o entre agrupaciones de población por atributos individuales o ser particulares, variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado (grupos que difieren en sus condiciones objetivas de existencia) o como movimientos generales, flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general, global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en algunas de estas dimensiones⁶².

Como en este caso podremos tomar los factores de riesgo maternos y fetales del embarazo adolescente como el problema a nivel general, desde donde el cual uno de sus determinantes sería la dificultad en el acceso al sistema de salud de esta población y sus condicionantes serían las políticas públicas llevadas a cabo para garantizar un buen control obstétrico. Por otra parte a nivel particular tendríamos al total de adolescentes de nuestro país en el cual algunos de los determinantes a este nivel sería la inserción en el sistema educativo y el acceso a métodos anticonceptivos, mientras que los condicionantes serían el nivel socioeconómico, la contención familiar así como las políticas llevadas a cabo en este nivel para garantizar por un lado la educación sexual integral en la escuela y por otro la cercanía de los centros de atención primaria de la salud con la comunidad. Por último, a nivel singular podríamos centrarnos en un grupo de adolescentes de una comunidad dada y analizar de manera más específica los condicionantes y determinantes en esta población para de esta forma buscar estrategias preventivas y evitar así llegar al problema en cuestión.

Por otro lado, introduciéndonos en otro concepto para entender el fenómeno deberemos definir de que estamos hablando cuando decimos "Factor de riesgo", este tiene varias definiciones y descripciones según el autor, por ejemplo la OMS lo define como: "cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido"⁶³. A su vez Según Last el término "factor de riesgo" se usa con tres connotaciones distintas:

a) "un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal"

b) "un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico";

c) "un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud; para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable"⁶⁴.

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen⁶³. Estos factores pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente y los podemos clasificar en: Biológicos (ej. ciertos grupos de edad) ; ambientales (ej. abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, etc.);de comportamiento o estilo de vida (ej. fumar);relacionados con la atención a la salud (ej. baja calidad de la atención, cobertura insuficiente);socio-culturales (ej. educación); y Económicos (ej. ingreso)⁶³.

Además, la interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores⁶⁵.

Por todo lo anteriormente expuesto, dimensionando al embarazo adolescente como un problema de salud pública, entendiendo a la salud como un derecho humano fundamental que atraviesa todos los aspectos de la vida del individuo. El presente trabajo busca correlacionar si el embarazo adolescente actúa como un factor de riesgo en la salud materno – fetal, y como se refleja el mismo en la población de nuestro hospital.

Objetivos:

General:

- Identificar si el embarazo adolescente actúa como un factor de riesgo en la salud materno fetal.

Específicos:

- Estimar si el porcentaje anual de nacidos vivos de madres adolescentes en nuestro hospital coincide con el porcentaje descrito a nivel nacional.
- Evaluar factores socio demográficos comparables en ambos grupos analizados y cómo influyen los mismos en la salud perinatal.
- Distinguir las principales injurias y causas de hospitalización en embarazadas de ambos grupos.
- Comparar resultados inmediatos al nacimiento de los recién nacidos.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, analítico, observacional de tipo cohorte. Se estudiaron pacientes cuyo embarazo finalizó en el hospital provincial de Rosario desde el mes de enero a diciembre del año 2022.

Los datos se obtuvieron de historias clínicas y del Sistema informático perinatal. Se dividió a las pacientes en 2 grupos: adolescentes hasta 19 años inclusive y adultas de 20 a 29 años que hayan tenido su parto en el hospital provincial de Rosario durante el periodo de tiempo seleccionado. A su vez se subdividió el grupo de pacientes adolescentes menores de 15 años para realizar un análisis observacional y analítico en cuanto a las patologías más frecuentes durante el embarazo en esta población en concordancia con la evidencia controversial del aumento de riesgo en este subgrupo.

Los criterios de exclusión fueron: Embarazo gemelar y síndromes genéticos en recién nacido.

El grupo control se seleccionó de forma aleatorizada mediante el programa estadístico EPIDAT. Se tabularon los datos obtenidos en tablas de Excel y se analizaron mediante el programa estadístico InfoStat para cálculo del riesgo relativo e intervalo de confianza al 95%.

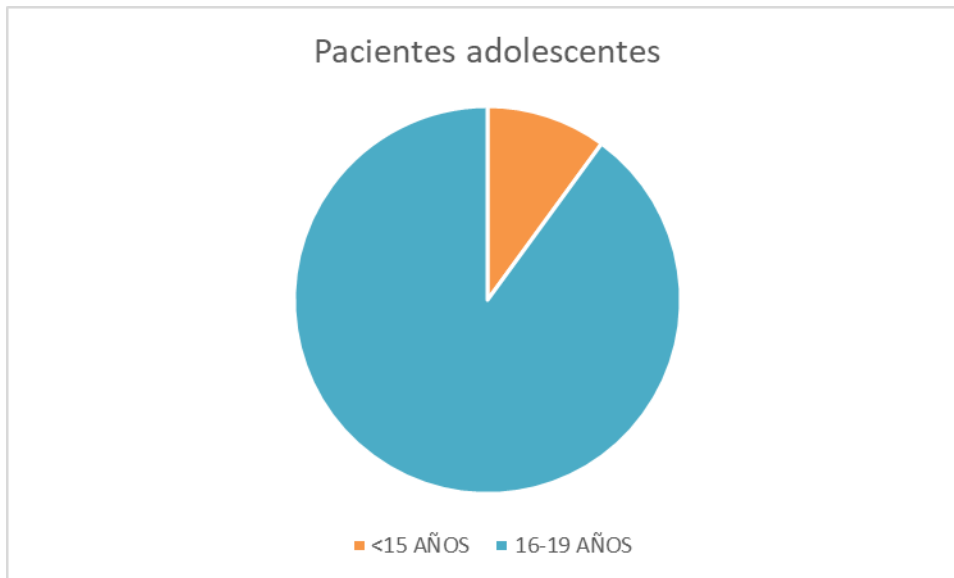
Toda la información fue anonimizada, el consentimiento informado de las pacientes para usar estos datos a fines investigativos se encuentra incorporado en el consentimiento de internación de nuestra institución.

Resultados:

De un total de 1636 nacimientos producidos en el año 2022 se encontraron 215 nacimientos de madres adolescentes, esto da como resultado un 13% anual.

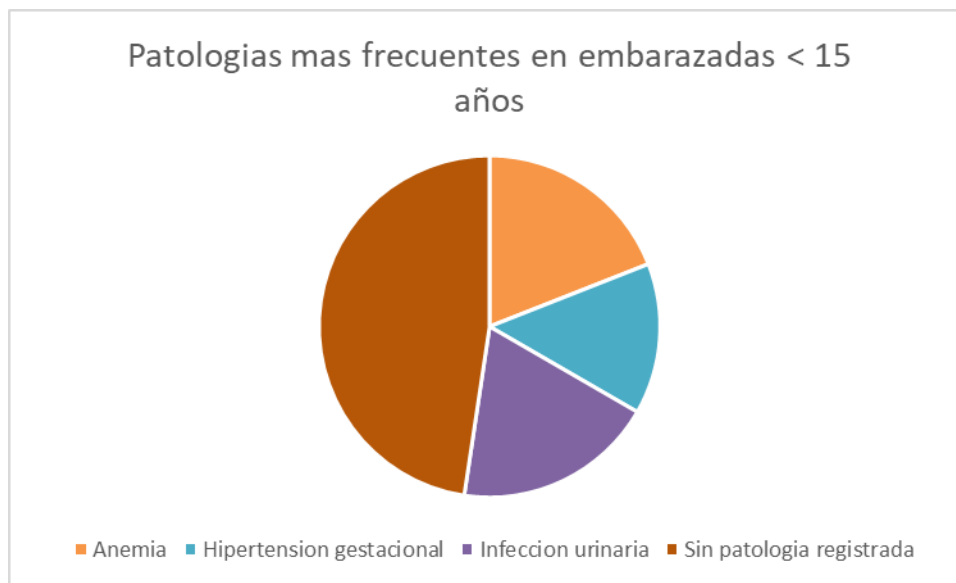
6 pacientes se excluyeron por no cumplir en los criterios de inclusión de este trabajo.

En principio en un apartado, como la evidencia es controversial, pero en algunas ocasiones indica que habría un porcentaje de riesgo mayor en el grupo de madres menores de 15 años, hicimos una pequeña subdivisión del primer grupo para tener algunas aproximaciones en cuanto a esta premisa en nuestro trabajo. Vimos que del total del primer grupo hubo 21 madres embarazadas que se encontraban con una edad igual o menor a 15 años de edad, es decir un 10% de este grupo y 1.2% del total de nacimientos. La edad mínima fue de 13 años en la cual se encontraron un total de dos pacientes. Todas las situaciones se abordaron multidisciplinariamente en conjunto con el servicio de salud mental y trabajo social.



De estas pacientes pudimos observar que el 100% eran primigestas, Ninguna tenía antecedentes médicos de jerarquía previos al embarazo. El 100% de este grupo negó consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. En cuanto a las patologías más frecuentes que observamos en este grupo durante el embarazo fueron: Anemia 4 pacientes (19% del total), Infección urinaria 4 pacientes (19% del total), Hipertensión

gestacional 3 pacientes (14% del total). En total en 11 pacientes, es decir en un 52.3% se reportaron alguna de las patologías anteriormente mencionadas.



Un 19% (es decir 4 pacientes) requirieron internación, de las cuales 3 fueron por pielonefritis aguda y una por amenaza de parto prematuro. Si bien este análisis tiene un menor porcentaje total de pacientes y harían falta un mayor número para sacar conclusiones, vimos reflejado un incremento en estas pacientes de las patologías mencionadas.

En cuanto a los recién nacidos de estas madres se observó que 2 pacientes (9.5%) nacieron con menos de 2500gr, 2 pacientes (9.5%) requirieron ingreso a neonatología y un solo paciente (4.7%) obtuvo un apgar menor a 7 al nacimiento.

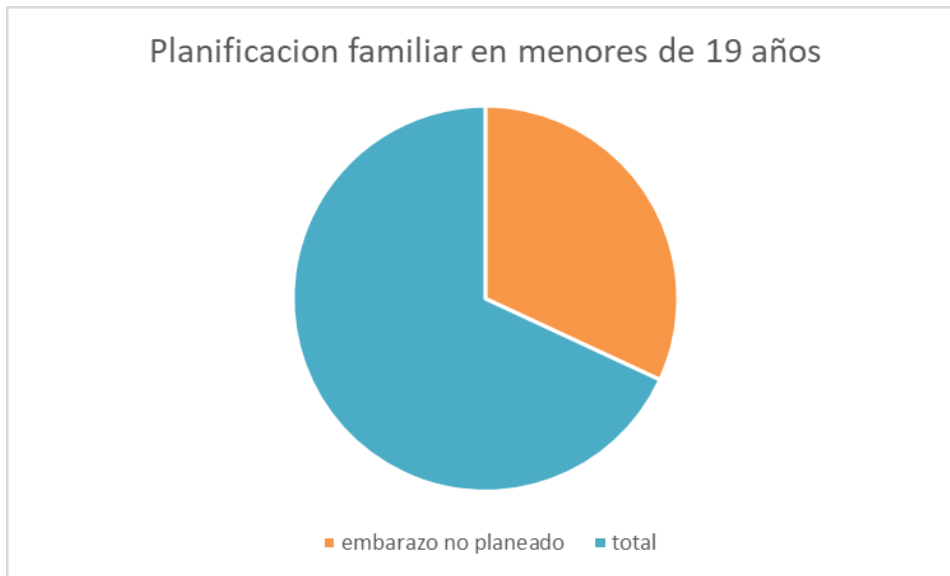
Ahora vamos a analizar en comparación ambos grupos tomando el total de pacientes hasta 19 años inclusive, las cuales fueron 209 según los criterios de selección vs 209 pacientes aleatorizadas de 20 a 29 años.

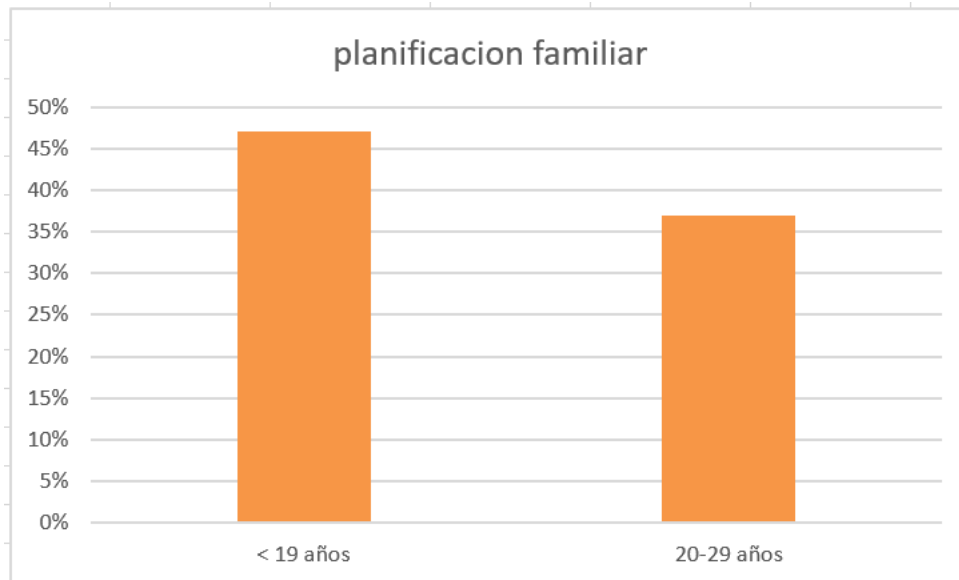
En cuanto a los factores sociodemográficos se analizó en primer instancia el mayor nivel educativo alcanzado se observó un incremento en la tendencia a no finalizar los estudios de nivel secundario en ambos grupos, si bien en el primer grupo haría falta un seguimiento más prolongado para tener en cuenta la finalización de estudios ya que deberíamos analizar cuantas de ellas retomaron y finalizaron los mismos luego de

terminar la gestación, lo más llamativo en este ámbito es que el 17.5% de las pacientes no llegaron a iniciar sus estudios secundarios.

Mayor nivel de estudios alcanzado.				
	<19a N=209		20-29a N=209	
	N°	%	N°	%
Primaria completa	33	15,7	28	13,4
primaria incompleta	6	2,8	7	3,3
secundaria incompleta	139	66,5	135	64,5
secundaria completa	31	14,8	39	18,6

Cuando se analizó la planificación familiar el resultado fue que 98 pacientes, es decir un 47% de menores de 19 años no planificaron su embarazo, en comparación con el grupo control de las cuales fueron 77 un 37% del total RR: 1.27(IC95% 1.01-1.60).



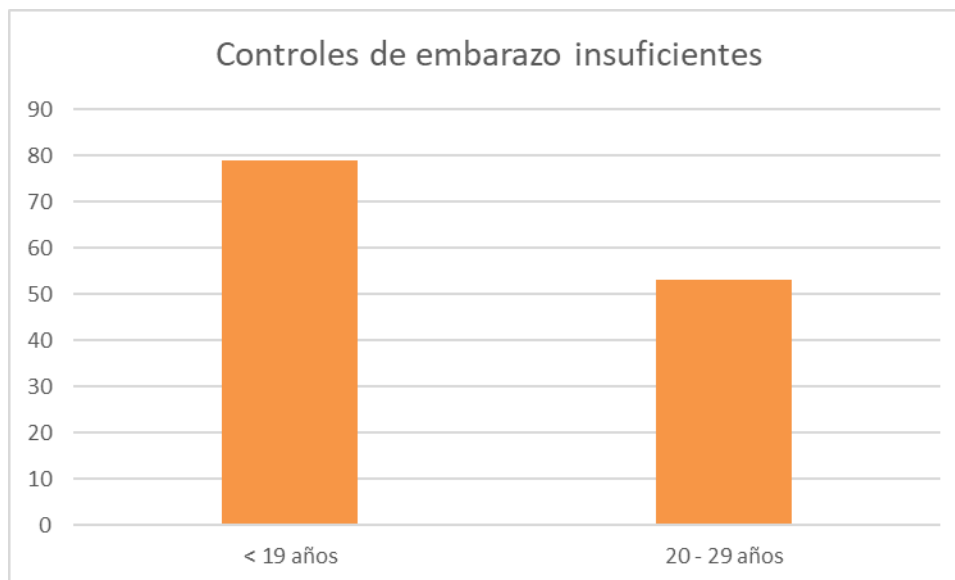


Al observar los métodos anticonceptivos no hubo diferencias significativas ya que el porcentaje de pacientes que no usaban ningún método fue alto en ambos grupos (162/77% vs 166/78%). Cuando se analizaron las gestas previas se observó como era de esperarse que la nuliparidad fue mucho más alta en el grupo de menor edad (157/75% vs 71/34%) RR:2.65IC 95% 2.04-3.40. Aunque lo que llama la atención es el número no menor de pacientes adolescentes las cuales ya habían tenido al menos una gesta previa (52/25%).



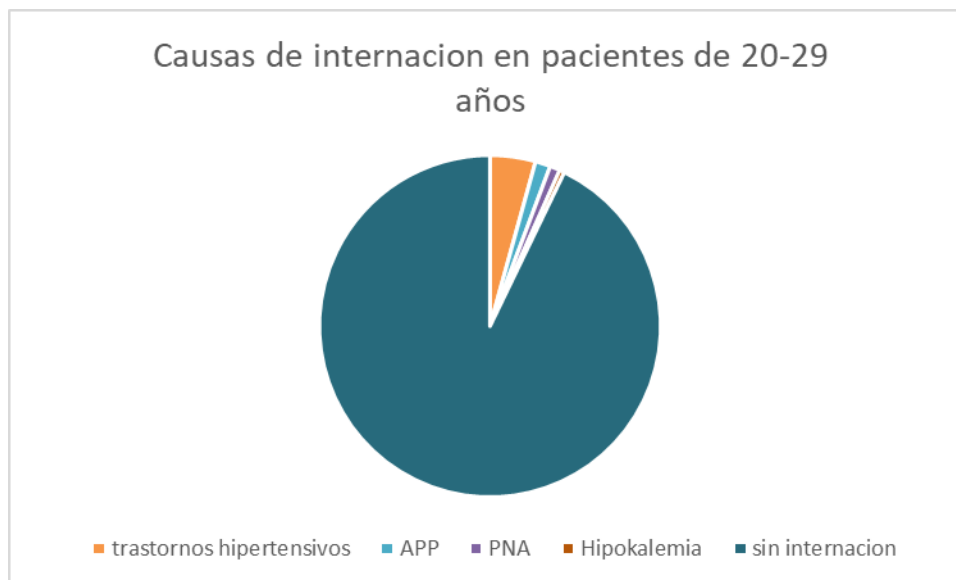
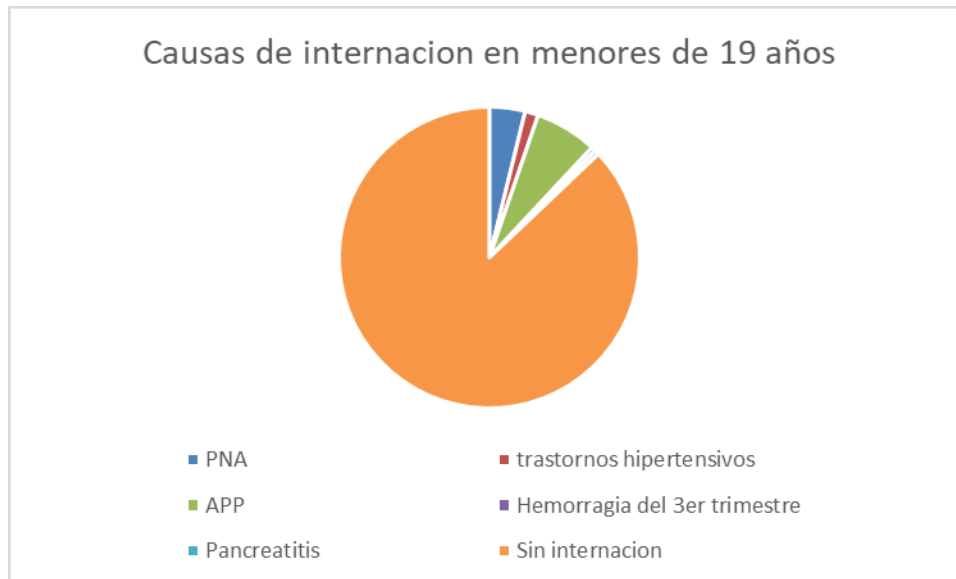
Los controles de embarazo insuficientes se desviaron a favor de la población con menor edad demostrando que 79(37.7%) pacientes menores de 19 años tuvieron menos de 5 controles de embarazo mientras que en las pacientes de 20 a 29 años este número fue de 53(25.3%) dando como resultado un RR:1.05 (IC 95% 0.98-1.12).

CONTROLES DE EMBARAZO				
Nº de controles	<19a N=209		20-29a N=209	
	Nº	%	Nº	%
0	13	6.2	5	2.4
1 a 2	14	6.7	9	4.3
3 a 4	52	24.8	39	18.7
5	68	33.5	82	39.2
>5	62	29.6	74	35.4



En cuanto a comorbilidades durante el embarazo se observó una mayor incidencia de hospitalización en menores de 19 años (27/12.9% vs 15/7.1%) (RR:1.07(IC 95% 1-1.14). Las causas más frecuentes en menores de 19 años fueron la amenaza de parto prematuro un total de 14 pacientes (6.6%), seguida por la pielonefritis aguda 8 pacientes (3.8%) y en tercer lugar los trastornos hipertensivos del embarazo 3 pacientes (1.4%). En contraposición en el segundo grupo de pacientes la primera causa de internación fueron los trastornos hipertensivos 9 pacientes (4.3%), amenaza de parto prematuro 3 (1.4%) mientras que la pielonefritis aguda ocupó el tercer lugar con un total

de 2 pacientes (0.95%). No hubo diferencias significativas en cuanto al ingreso a terapia intensiva en ambos grupos ya que se encontraron solo dos casos, uno en cada grupo, ambos por causas relacionadas a trastornos hipertensivos del embarazo.

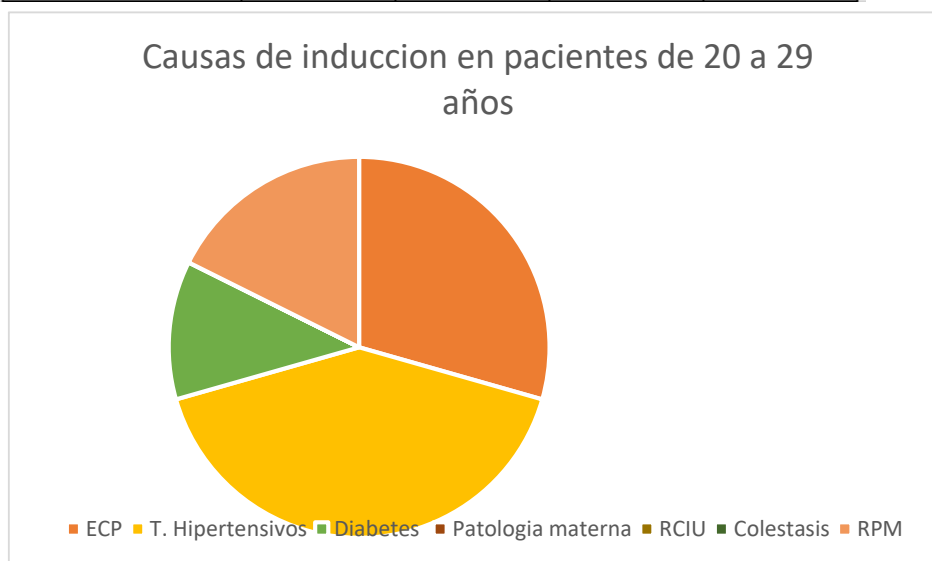


En referencia a patologías que se cursaron durante el embarazo, pero no requirieron internación se observó un mayor número de infecciones urinarias en el primer grupo (31/14.8% vs 26/12.4%) RR: 1.22(IC 95% 1.07-1.39).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a otras patologías durante el embarazo.

Al evaluar la vía de finalización del embarazo no se observó relación entre la edad de la paciente y la finalización por cesárea. Si se vio un incremento en partos inducidos a favor del grupo menor de 19 años (26/12.4% vs 17/8.1%) RR: 1.05 (IC 95% 0.98-1.12).

CAUSAS DE INDUCCION				
CAUSAS	<19a N=26		20-29a N=17	
	Nº	%	Nº	%
ECP	14	53.8	5	29.4
T. Hipertensivos	6	23	7	41.2
Diabetes	2	7.7	2	11.8
Patología materna	2	7.7	0	0
RCIU	1	3.8	0	0
Colestasis	1	3.8	0	0
RPM	0	0	3	17.6



Al momento del nacimiento se observó una mayor incidencia en el grupo menor de 19 años de: bajo peso al nacer (25/12% vs 16/ 7.7%) RR:1.05 (IC 95% 0.98-1.12). Apgar bajo al nacimiento, considerado como puntaje de apgar al minuto < 7 (10/4.8% vs 5/ 2.3%) (RR:1.03(IC 95% 0.99-1.06). Prematurez: definida como recién nacidos menores de 37 semanas (34/16.3% vs 23/11%) RR: 1.10(IC 95% 1.02-1.18). También se vio mayor porcentaje de ingreso a neonatología en hijos de madres menores de 19 años (31/14.8% vs 17/8.1%) RR:1.08 (IC 95% 1.01-1.16)

Complicaciones en neonatos de madres < de 19 años				
Complicaciones	<19 años N:209		20-29 años N:209	
	N°	%	N°	%
Bajo peso al nacer	25	12	16	7,7
Apgar < 7	10	4,8	5	2,3
Prematurez	34	16,3	23	11
Ingreso a UCIN	31	14,8	17	8,1

En cuanto a las condiciones neonatales graves (definidas como recién nacidos que presentan cualquier de las siguientes condiciones: peso al nacer <1500 g, edad gestacional <32 semanas y puntaje de Apgar a los 5 minutos <7)²⁹, en nuestro estudio encontramos una pequeña diferencia entre ambos grupos a favor del grupo de madres menores de 19 años de edad. (4/2% vs 3/ 1.4%).



Discusión:

Como pudimos observar obtuvimos un incremento del porcentaje anual de nacimientos en madres adolescentes comparado con los datos arrojados por las últimas estadísticas nacionales publicadas⁵, esto puede deberse a que nuestro hospital es un efector de tercer nivel de atención y centro de referencia para derivaciones de Rosario y zonas aledañas⁶⁶.

En nuestro país, a partir del momento en que comenzaron a publicarse las estadísticas de fecundidad por edad desde 1954, la fecundidad adolescente tomó un curso ascendente, que tuvo su punto máximo alrededor de 1980, si bien parte de este ascenso puede deberse al mejoramiento de la captación de estas pacientes⁶⁷. Desde ese momento el nivel comenzó a descender y lo hizo en forma continua⁶⁸.

Si bien en América latina el embarazo adolescente sigue siendo un tema no menor, desde los últimos 10 años Argentina junto con Uruguay, Paraguay, Chile y Brasil registraron un descenso de las tasas de fecundidad adolescente⁶⁹. Esto se debe gracias a políticas públicas llevadas adelante a partir del consenso de Montevideo, el cual fue motivo de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, la cual fue celebrada en Montevideo, en agosto de 2013⁷⁰.

En el mismo se pautaron una serie medidas prioritarias para alcanzar el objetivo de integración plena de las poblaciones de la región con una perspectiva de derechos humanos y de desarrollo sostenible, algunas de las mismas que figuran en este documento a destacar son: 33 (Garantizar y proteger los derechos sexuales y reproductivos); 34 (Derecho a una sexualidad plena, sin discriminación ni violencia); 35 (Existencia de legislación y programas de servicios de salud sexual y reproductiva); 36 (Erradicación de la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación); 37 y 46 (Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva); 38 y 39 (Prevención y tratamiento integral de enfermedades de transmisión sexual); 40 (Abatimiento de la morbilidad y mortalidad materna); 42 (Legalización del aborto); 43

(Atención obstétrica universal y de calidad), 44 (Acceso a anticonceptivos) y; 45 (Atención prenatal del embarazo)⁷⁰.

De acuerdo al documento «Leyes y de salud sexual y reproductiva en América Latina⁷¹, entre las leyes que se incluyen en el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe⁷², existen más de cien normas que regulan este tema de interés.

En siete países de la región, se instituye como deber del Estado el garantizar la salud sexual y reproductiva de la población a nivel constitucional (México, Colombia, Paraguay, Venezuela, Ecuador, Bolivia y Cuba) y en seis se incorporan legalmente regulaciones para el acceso y la atención a la salud sexual y reproductiva (Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Perú y República Dominicana). En cinco países hay leyes de salud sexual y reproductiva específicas: Argentina, Guatemala, Uruguay, Chile y Paraguay.

Si bien todas estas normativas nos dan el marco legal en el que nos podemos apoyar para abarcar esta problemática, como sabemos las mismas muchas veces no se cumplen o se cumplen de manera parcial, y esto, mucho tiene que ver con las decisiones políticas y las ideologías que tengan los gobiernos tanto en los diferentes países como en los distintos momentos históricos.

Como podemos ver en una gran parte de los países de Latinoamérica, la libertad para la interrupción voluntaria del embarazo no existe, la mortalidad materna se mantiene proporcionalmente alta, y el embarazo adolescente es la realidad cotidiana de miles y miles de mujeres al igual que la violencia sexual. A su vez el fenómeno de ideologías conservadoras que varios países han experimentado en nombre del combate a la “ideología de género”, se han traducido en la resistencia a implementar planes de educación sexual integral, marcando un retroceso a este nivel ⁷³.

Por este motivo la elección del tema a analizar en el presente trabajo fue motivada por la necesidad de mostrar números propios de un Hospital muy importante en la región analizada y observar cómo influye el embarazo adolescente en la salud tanto de las madres como de los niños para de esta forma hacer énfasis en la necesidad e importancia de seguir sosteniendo políticas públicas para su prevención.

Comenzado por los factores socio demográficos, si bien una de las debilidades de este estudio es que al ser retrospectivo hubo muchas variables que hubieran sumado al análisis y no se pudieron obtener datos, como por ejemplo las características de la vivienda, el nivel de empleo, etc., uno de los factores que se pudo analizar fue el mayor nivel de estudios al momento del embarazo, si bien hay en promedio un 80% de pacientes en ambos grupos que alcanza el nivel de estudios secundarios aún hay una media de 17.5% que no llega a este nivel, más preocupante aun es que en pleno siglo 21 un 3% de estas pacientes no alcanzaron a culminar sus estudios de nivel primario.

Según el último informe nacional de indicadores educativos si bien los niveles de acceso al sistema son muy altos a edades tempranas estos están próximos al 100%, a partir de los 15 años comienza a observarse un proceso de abandono del sistema educativo que es diferente según territorios (mayor en el Norte), grupos sociales (superior en sectores populares) y género (superior y más temprano entre los varones)⁷⁴.

Las cifras de egreso de la educación secundaria marcan un déficit importante. Hacia el 2019 la tasa de egreso (indicador que incluye a quienes pueden haber repetido una o más veces en el curso del nivel) era del 54%; la tasa de egreso a término u oportuna (sin mediar repeticiones) era del 29%. En tanto, el porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años que logra finalizar la secundaria alcanza al 71%⁷⁴.

Los indicadores de graduación vienen mejorando lenta pero sostenidamente desde la sanción de la Ley de Educación Nacional N° 26206⁷⁵, la tasa de egreso viene mejorando a razón de un punto porcentual por año; sin embargo, se trata de un ritmo de mejora que implicará esperar varias décadas para lograr que la obligatoriedad del nivel se pueda cumplir en la totalidad de jóvenes de nuestro país.

La juventud, en todas sus dimensiones, constituye una etapa clave en la vida de las personas. La acumulación de activos necesarios para acceder a la vida adulta encuentra un punto de inflexión en este período, dado que es en esta etapa cuando los y las jóvenes deciden sobre los eventos clave que tendrán peso crucial en sus trayectorias futuras. Desde el enfoque de las transiciones, los eventos son: la

finalización de la educación media, el inicio de la vida laboral, la salida del hogar de origen y el comienzo de la edad reproductiva. La forma en que se asumen y ordenan estos roles adultos en la vida de los y las adolescentes y jóvenes condiciona en gran parte el acceso a oportunidades y bienestar futuro. Cuando se adelantan a la media de su cohorte en el pasaje de estos eventos, en especial respecto al comienzo de la edad reproductiva, es más probable que experimenten situaciones de exclusión social que además tendrán consecuencias decisivas sobre sus espacios económicos, sociales y culturales^{76,77}.

Quienes han indagado las trayectorias educativas de las adolescentes madres indican que el abandono escolar antes del embarazo está relacionado con las condiciones de vida hostiles, las relaciones de pareja, entornos poco motivadores, tener que trabajar o cuidar familiares y, en gran medida, con las propias experiencias escolares⁸¹. Al respecto, se ha señalado que la institución escolar suele desconocer las desiguales condiciones y oportunidades que hacen que los alumnos de los estratos más vulnerables no se ajusten a las expectativas hegemónicas respecto del rendimiento escolar⁸².

A lo anteriormente mencionado en la población que nos centramos en este trabajo debemos sumarle la brecha de desigualdad entre géneros cuando hablamos de inserción al mercado laboral, ya que, aunque en los informes nacionales se demuestre que las mujeres alcanzan en mayor porcentaje que los varones un mejor nivel educativo⁷⁸, si se analiza la situación de desempleo, empieza a vislumbrarse la división sexual del trabajo demostrándose una mayor proporción de mujeres se dedican a trabajos de cuidado no remunerados respecto a sus pares varones. Este hecho podría indicar una eventual maternidad temprana o la responsabilidad que recae mayoritariamente sobre ellas en este tipo de tareas lo que hace una dificultad en el sexo femenino para insertarse al mercado laboral, esto a su vez se ve más agudizado en poblaciones con contextos vulnerables⁷⁸.

Según los datos analizados provenientes de la encuesta permanente de hogares realizada por el INDEC en 2018, el 36.5% de los varones se encuentra ocupado, superando en 13.7% a las mujeres. Al contrario, ellas presentan mayores porcentajes

de inactividad, alcanzando al 68% de la población, un 13.3% por encima de los varones⁷⁹. Si bien en este trabajo no pudimos analizar la tasa de desempleo en la población seleccionada, el nivel educativo alcanzado al momento de la gestación nos orientaría indirectamente hacia este dato, aunque para establecer mejores conclusiones faltarían cruzar muchas mas variables a este nivel.

Como se nombró anteriormente para un mejor análisis se decidió hacer una subdivisión del primer grupo para evaluar puntualmente la población de menor edad que entra bajo el concepto de fecundidad adolescente temprana (madres menores de 15 años de edad) y se observó que el porcentaje encontrado con respecto al total de nacimientos anual que fue del 1.2% coincide con las últimas estadísticas nacionales las cuales informan un 1.1% en 2021 en nuestro país⁵.

Si bien, la maternidad temprana (menores de 15 años) no expresa un número cuantitativamente significativo en Argentina, su análisis representa implicancias del orden social y de salud importantes para la planificación e implementación de políticas orientadas hacia esta población. Según la bibliografía disponible, hay datos controversiales al respecto, en cuanto a la salud y comparadas con mujeres de 20 a 24 años, hay quienes indican que las madres menores de 15 años corren 4 veces más riesgo de muerte en el embarazo, mayor riesgo de bajo peso al nacer en sus neonatos, parto prematuro, mortalidad perinatal, eclampsia, hemorragia posparto y endometritis puerperal ²³.

Un estudio publicado por Pantelides, Fernández en 2014, muestra un promedio de los años 2010 a 2012 respecto a los riesgos de la salud en la maternidad temprana anteriormente mencionados: el 12,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-termino, mientras que el 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato llamativo que arrojó el estudio se refiere a la tasa de mortalidad infantil, definida como la que indica las muertes de menores de un año por cada 1000 nacimientos. Esta tasa se observó en un 24,4 % en grupos de madres menores de 15 años; 13,9 % en grupos de madres de 15 a 19 años, y 9,3 % en grupos de madres mayores a 20 años ⁸⁰.

Como este estudio abarca hasta los primeros minutos de vida del neonato, no se evaluó la mortalidad infantil en el primer año de vida, pero si se obtuvieron resultados que indican un porcentaje algo mayor del curso de patologías durante el embarazo como anemia, infección urinaria e hipertensión gestacional, si bien las mismas pudieron ser controladas y un menor porcentaje requirió internación. En cuanto a los recién nacidos no hubo mayores discrepancias en complicaciones en comparación con las adolescentes de 16 a 19 años, esta diferencia si se ve reflejada cuando hacemos la comparación en ambos grupos etarios.

Una de las debilidades de esta sub división es que al ser un número pequeño de pacientes analizadas quizás no refleja del todo los resultados en esta población, al igual que al no ser del alcance en este trabajo no se analizan datos del puerperio ni tampoco de pacientes que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo, por lo que se requiere un mayor análisis en un periodo de tiempo más prolongado para obtener mejores datos en este grupo.

Ahora bien, centrándonos en la división de ambos grupos (menores de 19 años vs 20-29 años) al evaluar la planificación familiar el resultado fue que un 47% de menores de 19 años no planificaron su embarazo, en comparación con el grupo control un 37%. Como la bibliografía lo indica un gran numero de embarazos en la adolescencia son no intencionales, lo llamativo aquí fue el porcentaje que indico haber planificado el mismo a tan temprana edad.

Según un informe del plan nacional de salud integral en la adolescencia en 2018 el 58.9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83.4% de los de las menores de 15 años fueron reportados como no intencionales⁸³.

Estudios basados en encuestas a adolescentes indican un porcentaje similar para diferentes órdenes de nacimiento (primer hijo, segundo) y generaciones^{84,85}.

Una vez que comienza la actividad sexual, la posibilidad de embarazo en la adolescencia está fuertemente influenciada por tres factores principales. En primer lugar, la educación formal ya que la deserción escolar aumenta significativamente las posibilidades de ser madres. En segundo lugar, recibir educación sexual, especialmente

el acceso repetido a la información antes y después de iniciar la actividad sexual, reduce las probabilidades de embarazo. En tercer lugar, el uso de anticonceptivos en la primera experiencia sexual, el cual se considera un indicador de uso futuro, también reduce las posibilidades de ser madre durante esta etapa.⁸⁶.

A pesar de que la mayoría de los embarazos en adolescentes ocurren sin intención, el uso de métodos anticonceptivos es escaso o irregular⁸⁷.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las adolescentes utilizan mayoritariamente anticonceptivos hormonales (57,1%), de barrera (41,8%) y DIU (0,8%)⁸⁸.

En una encuesta realizada durante el año 2014 a 1.571 adolescentes y jóvenes, solo una de cada cinco mujeres entrevistadas que no deseaban quedar embarazadas aseguraba utilizar métodos anticonceptivos de manera consistente, los cuales en su mayoría eran de barrera (preservativos) en su primer embarazo. Entre aquellas que experimentaron un segundo embarazo antes de los 20 años, la proporción de uso de métodos anticonceptivos fue mayor (casi el doble). A pesar de que muchas habían cambiado el preservativo por anticonceptivos orales, no pudieron evitar ese segundo embarazo⁸⁹.

En nuestros resultados vislumbramos la baja adherencia a métodos anticonceptivos en ambos grupos evaluados, por lo cual nos dispusimos a investigar en la bibliografía las causas de esta dificultad en el acceso y encontramos varias posibilidades.

Una de las barreras se cree que es la consejería en anticoncepción brindada por los profesionales de la salud, la cual debe considerar la adecuación del método recomendado a la situación afectivo-sexual de la persona, las percepciones sobre la sexualidad, las dinámicas de poder desiguales entre los géneros y las ambivalencias en cuanto al deseo de tener hijos⁹⁰.

Otros problemas que afectan la accesibilidad a los métodos es la falta de disponibilidad constante de suministros, la ubicación y calidad de los servicios de salud, la gratuidad y/o una oferta que no siempre coincide con las preferencias de las adolescentes⁸⁷.

Un estudio multicentrico realizado en la Provincia de Buenos Aires, sobre la provisión de métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico, reveló que a pesar de que el 40% de las adolescentes expresaron su preferencia por el dispositivo intrauterino (DIU) y el método anticonceptivo inyectable, la mayoría recibió anticonceptivos orales y preservativos, los cuales estaban utilizando en el momento de quedar embarazadas⁹¹.

Por otro lado, la subutilización o uso incorrecto de la anticoncepción hormonal de emergencia es otro factor que dificulta la prevención de embarazos no deseados. Varios estudios han indicado que las principales dificultades para el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia, incluyen el limitado conocimiento por parte de la población, que a menudo obtiene información a través de canales informales, así como la actitud reacia de médicos y otros profesionales de la salud a recetarla y proporcionarla⁹²⁻⁹⁵.

En concordancia con lo expresado al obtener los resultados observamos que hubo una tendencia a poseer controles de embarazo insuficientes en la población con menor edad. Esto puede reflejar el diagnóstico tardío de embarazo en estas pacientes, que, como detallamos en la introducción concurren más tarde a las consultas, demostrando la falta de adherencia o la dificultad en el acceso al sistema de salud en este grupo.

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, teniendo como objeto vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la posterior crianza del recién nacido ⁹⁸.

El control prenatal debe reunir ciertas características para garantizar una atención de calidad, el mismo debe ser: precoz (durante el primer trimestre de embarazo), periódico (La frecuencia dependerá del riesgo), completo (Controles e intervenciones según edad gestacional), de amplia cobertura (con el objetivo de llegar a toda la población)⁹⁹.

Los datos reportados en nuestro país muestran que, la gran mayoría de las mujeres embarazadas (más del 99%) elige asistir al parto en una institución de salud y recibir atención por parte de personal médico calificado. Sin embargo, alrededor del 10% de ellas llega al momento del parto sin haber tenido ningún contacto previo con el sistema

de salud, lo que significa que no han recibido ningún tipo de control prenatal. De aquellas que sí se someten a controles prenatales, solo una cuarta parte (24,3%) comienza los controles de manera temprana, durante el primer trimestre del embarazo. Además, el número de mujeres en edad fértil que muestran interés en la preparación para el embarazo es aún menor^{96,97}.

Si bien ya se conocen los beneficios de un adecuado control prenatal aún hay un porcentaje considerable de mujeres que no lo realizan de forma adecuada, los factores sociales tanto a nivel individual como contextual tienen un papel dominante en el acceso y la continuidad del cuidado prenatal¹⁰⁰.

En el ámbito individual, numerosos estudios han evidenciado que las mujeres con una posición socioeconómica desfavorable, caracterizada por bajos niveles educativos, ingresos limitados y otros indicadores similares, tienden a iniciar el cuidado prenatal más tarde y a realizar menos consultas en total¹⁰¹⁻¹⁰⁷.

Pasando a las complicaciones registradas en nuestro estudio pudimos observar como primera causa de internación en el grupo adolescente a la amenaza de parto prematuro. Tal y como se describe en la bibliografía el riesgo del mismo se incrementa en embarazos a esta edad, en contraposición si bien los trastornos hipertensivos también nombrados con énfasis en la literatura como aumento de la comorbilidad en las madres adolescentes, esta causa salió como tercera en el grupo de adolescentes analizadas mientras que en el grupo control el mismo ocupó la primer causa de internación. La bibliografía es controversial en cuanto a las complicaciones maternas en el embarazo adolescente, si bien se evidencia en algunos casos muestra una prevalencia mayor de ciertas patologías estas difieren según la población, el momento histórico y el contexto determinado.

En lo que si hay consenso es en que las complicaciones relacionadas al embarazo adolescente más recurrentes en la literatura se asocian más al recién nacido que a la propia madre, con predominio de artículos que enfatizan la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y la mortalidad neonatal¹⁰⁸⁻¹¹⁴. En este punto coincidimos en lo encontrado durante nuestro análisis de datos ya que los resultados neonatales

desfavorables fue el punto mas evidente desviado a favor de la población adolescente con números estadísticamente significativos. Teniendo presente las graves consecuencias que traen aparejadas estos resultados en los recién nacidos a largo plazo en su salud y desarrollo, podemos vislumbrar la importancia de tomar acción para prevenir la ocurrencia del embarazo en la adolescencia.

Conclusión

Con los resultados obtenidos pudimos establecer una fuerte asociación entre el embarazo adolescente y resultados desfavorables al nacimiento para el neonato como (Prematurez, bajo peso al nacer, apgar bajo al nacimiento e ingreso a cuidados intensivos neonatales) coincidiendo con otros trabajos.

El bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional da como resultado neonatos propensos a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. En otros estudios se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años ¹¹⁵.

Es importante realizar la detección y tratamiento oportuno de las pacientes con patologías durante el embarazo, la atención prenatal es una de las herramientas más valiosas a utilizar ante esta situación. En nuestra investigación se observó como factor de riesgo significativo la falta de control prenatal o el haber recibido un control inadecuado, lo cual coincide con lo que se menciona en otras investigaciones. A su vez se observó mayor deserción escolar en el grupo de madres menor a 19 años si bien en esta variable no se pudo especificar si la misma se produjo antes del embarazo o fue la llegada de este la causante, además se requeriría de un análisis más extenso en el tiempo para corroborar si posterior al nacimiento estas pacientes retomaron sus estudios, pero si podemos inferir que es un grupo con recursos más limitados al acceso de información y por ende de mayor vulnerabilidad.

Por ultimo cabe mencionar que deseamos que nuestro trabajo sea un punto disparador para mejorar las estrategias de prevención y promoción en materia de salud sexual y reproductiva en las mujeres, haciendo énfasis en la planificación familiar con un mayor acceso a métodos anticonceptivos acompañado de educación sexual integral continua. Para esto será necesario reforzar la importancia del rol del estado en llevar adelante políticas públicas que garanticen el acceso a la salud comprendiendo la misma como un derecho humano universal.

Conflictos de interés: El autor declara no haber tenido conflictos de interés para la realización del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, octubre-diciembre 2022.
2. Secretaría de Acceso a la Salud. (2023). Natalidad y mortalidad infantil en Argentina.
3. Secretaría de Acceso a la Salud. (2020). Sistema de Información Perinatal.
4. Ley 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.
5. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. (2019). Indicadores de niñez y adolescencia. Fecundidad adolescente. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
6. Observatorio de Infancia y Adolescencia SAP-UNICEF. (2022). Informe especial: Situación de la población adolescente en Argentina.
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2019). Serie de análisis demográficos N° 35. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040, total país.
8. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2021). World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100.
9. Quintero Paredes, P. P. (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 42(3), 262-273.
10. United Nations Population Fund (UNFPA). (2013). Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy: The State of World Population 2013. New York: United Nations Population Fund.
11. World Health Organization. (2014). Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries.
12. National Research Council. (2005). Growing up global: The changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: The National Academies Press.
13. Coyne, C. A. D'Onofrio, B. M. (2012). Some (but not much) progress toward understanding teenage childbearing: A review of research from the past decade. Advances in Child Development and Behavior, 42, 113-152.
14. Korenman, S. Fales, S. (2011). The socioeconomic effects of teenage childbearing: A review of the recent literature. New York: Baruch College, City University of New York.
15. Sociedad Española de Neonatología. (2023). Experto en Neonatología: Atención en el Recién Nacido a Término.

16. Causey A., Seago K., Wahl, N. G. Voelker, C. L. (1997). Pregnant adolescents in the emergency department: Diagnosed and not diagnosed. *The American Journal of Emergency Medicine*, 15(7), 667-670.
17. Vigod, S. N., Dennis, C. L., Kurdyak, P. A., Cairney, J., Guttman, A., Taylor, V. H. (2014). Fertility rate trends among adolescent girls with major mental illness: A population-based study. *Pediatrics*, 133(3), e585-e591.
18. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2017). Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Argentina.
19. Díaz Sánchez, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139, 91-95.
20. Guzmán, M., Hakkert, R., Contreras, J. M., Moyano, M. F. (2001). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de América Latina y El Caribe. México: UNFPA.
21. Chen, C. W., Tsai, C. Y., Sung, F. C., Lee, Y. Y., Lu, T. H., Li, C. Y. (2010). Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: Age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child Care Health Dev*, 36(2), 232-240.
22. Chen, X. K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: A large population-based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368-373.
23. Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., Lammers, C. (2005). Maternal–perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342-349.
24. De Vienne, C. M., Creveuil, C., Dreyfus, M. (2009). Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147(2), 151-156.
25. Mukhopadhyay, P., Chaudhuri, R. N., Paul, B. (2010). Hospital-based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in India. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28(5), 494–500.
26. Harrison, K., Rossiter, C., Chong, H. (1985). Relations between maternal height, fetal birth weight and cephalopelvic disproportion suggest that young Nigerian primigravidae grow during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 92(Suppl. 5), 40–48.
27. Ganchimeg, T., Mori, R., Ota, E., Koyanagi, A., Gilmour, S., Shibuya, K., et al. (2013). Maternal and perinatal outcomes among nulliparous adolescents in low- and middle-income countries: A multi-country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(13), 1622–1633.

28. Granja, A. C., Machungo, F., Gomes, A., Bergstrom, S. (2001). Adolescent maternal mortality in Mozambique. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 303–306.
29. Ganchimeg, T., & Ota, E., on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(Suppl. 1), 40-48.
30. Ministerio de Salud de la República Argentina. UNICEF. (2021). *Política Integral para la Prematurez*.
31. Ranjbar, A., Shirzadfar, J. (2023). Pregnancy, childbirth and neonatal outcomes associated with adolescent pregnancy. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, 3, 100-105.
32. Amjad, S., MacDonald, I. (2018). Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*.
33. Organización Panamericana de la Salud (2016). *Determinantes sociales en salud*.
34. Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la OMS*. Nueva York.
35. Acevedo, G., Martínez, D. (2009). *La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. Manual de medicina preventiva y social*. Universidad Nacional de Córdoba
36. Moisés, C., Baril, C., Muckle, G. (2016). Embarazo adolescente en las comunidades inuit: aún es necesario llenar vacíos. *International Journal of Circumpolar Health*, 75, 31790.
37. Thompson, G., Madigan, S. (2015). Características demográficas y necesidades de la madre adolescente urbana canadiense y su hijo. *Pediatría y Salud Infantil*, 20, 72.
38. Norris, S., Norris, M. L. (2016). Características demográficas asociadas con jóvenes embarazadas y en posparto remitidas a servicios de salud mental en un centro de extensión comunitaria. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 152.
39. Gaudí, J., Mitrou, F. (2010). Antecedentes de embarazo adolescente a partir de un estudio de seguimiento de 14 años mediante vinculación de datos. *BMC Public Health*, 10, 63.

40. Buccieri, K., Warner, L. (sin fecha). Manzanas con manzanas: un análisis demográfico comparativo de jóvenes sin hogar y alojados en Canadá.
41. Boden, J. M., Fergusson, D. M. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 151.
42. Crosier, T., Butterworth, P. (2007). Problemas de salud mental entre madres solteras y en pareja: el papel de las dificultades financieras y el apoyo social. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 6.
43. Turner, R. J., Grindstaff, C. F. (1990). Apoyo social y resultado en el embarazo adolescente. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 43.
44. Wall-Wieler, E., Roos, L. L. (2018). Resultados del embarazo adolescente entre hermanas y madres: un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población utilizando datos administrativos vinculables. *Public Health Reports*, 133, 100.
45. Xavier, C., Benoit, A. (2018). Embarazo adolescente y salud mental más allá del período postparto: una revisión sistemática. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72, 451.
46. Zaltzman, A., Falcon, B. (2015). Imagen corporal en el embarazo adolescente. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28, 102.
47. Vigod, S. N., Dennis, C. L. (2014). Tendencias en la tasa de fertilidad entre las adolescentes con enfermedades mentales graves: un estudio basado en la población. *Pediatrics*, 133, 585.
48. Vigod, S. N., Kurdyak, P. A. (2014). Resultados maternos y neonatales entre mujeres con esquizofrenia: un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121, 566.
49. Vigod, S. N., Rochon-Terry, G. (2016). Factores asociados con la admisión psiquiátrica posparto en una cohorte basada en la población de mujeres con esquizofrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 305.
50. Ross, L. E., McLean, L. M. (2006). Trastornos de ansiedad durante el embarazo y el período postparto: una revisión sistemática. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1285.
51. Hodgkinson, S., Beers, L. (2014). Abordar las necesidades de salud mental de las adolescentes embarazadas y madres. *Pediatrics*, 133, 114.

52. Patel, P. H., Sen, B. (2012). Maternidad adolescente y consecuencias para la salud a largo plazo. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 1063.
53. Mei-Dan, E., Ray, J. G. (2015). Resultados perinatales entre mujeres con trastorno bipolar: un estudio de cohorte basado en la población. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212, 367.
54. Bottorff, J. L., Poole, N. (2014). Uso de tabaco y alcohol en el contexto del embarazo adolescente y posparto: una revisión exploratoria de la literatura. *Health & Social Care in the Community*, 22, 561.
55. Harrison, M. E., Obeid, N. (2019). Maternidad encarnada: explorando la imagen corporal en jóvenes embarazadas y madres. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32, 44.
56. Sekharan, V. S., Kim, T. (2015). Prevalencia y características del embarazo adolescente intencional: un análisis de la Encuesta Canadiense de Experiencias Maternas. *Reproductive Health*, 12, 101.
57. Ruedinger, E., Cox, J. E. (2012). Embarazo adolescente: consecuencias e intervenciones. *Current Opinion in Pediatrics*, 24, 446.
58. Black, A., Fleming, N. (2012). Embarazo en adolescentes. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 23, 123.
59. Siegel, R. S., Brandon, A. (2014). Adolescentes, embarazo y salud mental. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27, 138.
60. Orri, M., Gunnell, D. (2019). Influencias intrauterinas y perinatales en el riesgo de suicidio: una revisión sistemática y metaanálisis. *The Lancet Psychiatry*, 6, 477.
61. Lipman, E., Georgiades, K. (2011). Resultados de adultos jóvenes de niños nacidos de madres adolescentes: efectos de nacer durante la adolescencia o más tarde. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 232.
62. Castellanos, P. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico OPS*, 10(4).
63. Castillo Salgado, C. (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 7. Washington: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

64. Last, J. M. (1995). A dictionary of Epidemiology (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
65. Schlesselman, J. J. (1982). Case-control Studies: design, conduct and analysis. New York: Oxford University Press.
66. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Mapas georeferenciales.
67. Pantelides, E., Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 24-43.
68. Pantelides, E. (2001). Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud; INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas. CEPAL/CELADE, 2005.
69. UNFPA. (2023). Argentina y los países de Cono Sur marcan el camino en la región y aceleran la reducción del embarazo adolescente.
70. ONU. CEPAL. (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.
71. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. ONU. CEPAL. (2021). *Leyes de salud sexual y reproductiva en América Latina*.
72. CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. (2023).
73. ONU Mujeres. Articulación Feminista del Macro Sur. (2023). *Consenso de Montevideo: vigencia, avances y retrocesos*.
74. Ministerio de Educación de la República Argentina. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. (2021). *Informe Nacional de Indicadores Educativos: Situación y Evolución del Derecho a la Educación en Argentina*.
75. Ley N° 26.206. Ley de Educación Nacional. (2006).
76. Trucco, D., & Ullmann, H. (2015). *Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago.
77. León, G. (2017). *Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social*. CIPPEC.
78. Observatorio de Violencia contra las Mujeres. (2018). *Boletín de Estadísticas de Género: Situación socio laboral de las mujeres jóvenes en Argentina*.
79. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Encuesta Permanente de Hogares. Argentina*.

80. Pantelides, E., Fernández, M. (2014). Maternidad temprana en Argentina: las madres menores de 15 años. CENEP.
81. Climent, G. (2003). El derecho a la educación y los proyectos de vida: perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires.
82. Kaplan, C., Fainsod, P. (2001). Pobreza urbana, diversidad cultural y escuela media: notas sobre las trayectorias escolares de las adolescentes embarazadas.
83. Ministerio de Salud de la República Argentina. (2018). Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.
84. Jones, D., Gogna, M. (2012). Sexología, medicalización y perspectiva de género en la Argentina contemporánea. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 45, Concepción del Uruguay, julio/diciembre.
85. Cavenaghi, S., Cabella, W. (2014). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Asociación Latinoamericana de Población, Rio de Janeiro.
86. Binstock, G., Gogna, M. (2020). Embarazos forzados: ser madre antes de los quince.
87. Frenkel, J. (2019). El embarazo adolescente en la Argentina. Fundación Huésped-UNICEF.
88. INDEC. (2013). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
89. Binstock, G., Gogna, M. (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina.
90. UNFPA. (2016). Annual Report.
91. Gogna, M. (2017). Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico en adolescentes de 14-20 años. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(32), 26-33.
92. Brown, J. Pecheny, M. (2009). La anticoncepción de emergencia como ratificación de la separación entre sexualidad y reproducción. Presentado en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología.

93. Szames, C., Vázquez, S. (2012). Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(11), 16–22.
94. Carpineta, M., Blacher, M. (2015). Acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: diagnóstico de situación en alumnos de escuelas técnicas de la Ciudad de Buenos Aires desde una perspectiva de género. Presentado en las XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
95. Garduño, A., Díaz Amoroso, R. (2015). Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2124-2147.
96. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la República Argentina. (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal.
97. Ministerio de Salud de la República Argentina. (2017). Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G): Indicadores básicos.
98. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (1990). Salud perinatal.
99. Casini, S., Lucero Sáinz, G. A. (2002). Guía de control prenatal, embarazo normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, División Obstetricia*.
100. Tumas, N., Godoy, A. C. (2022). El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 235-255.
101. Gayral-Taminh, M., Daubisse-Marliac, L. (2005). Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 34(1), 23-32.
102. García-Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 305-310.

103. Khanal, V., Lee, A. H. (2014). Factors associated with non-utilisation of health service for childbirth in Timor-Leste: evidence from the 2009-2010 Demographic and Health Survey. *BMC international health and human rights*, 14(1), 1-8.
104. Heaman, M. I., Moffatt, M. (2014). Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-16.
105. Bryant, A. S., Worjolah, A., Caughey, A. B., Washington, A. E. (2010). Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(4), 335-343.
106. Blakeney, E. L., Herting, J. R. (2019). Social determinants of health and disparities in prenatal care utilization during the great recession period 2005-2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-20.
107. Hajizadeh, S., Ramezani Tehrani, F. (2016). Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 4(1), 544-557.
108. Nili, F., Rahmati, M. R., Sharifi, S. M. (2002). Resultado materno y neonatal del embarazo adolescente en el Hospital Valiasr de Teherán. *Acta Med Iran*, 40.
109. Markovitz, B. P., Cook, R. (2005). Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? *BMC Public Health*.
110. Kongnyuy, E. J., Nana, P. (2008). Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. *Maternal and Child Health Journal*, 12(2), 149-154.
111. Santos, G. H., Martins, M. (2008). Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(5), 224-231.
112. Mukhopadhyay, P., Chaudhuri, R. (2010). Resultados perinatales hospitalarios y complicaciones en el embarazo adolescente en la India. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28(5), 494-500.
113. Martins, M. da G., Dos Santos, G. (2011). Asociación de gravidez na adolescência e prematuridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(11), 354-360.

114. Santos, M. M., Baião, M. (2012). Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condiciones de asistencia prenatal y desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 143-154.
115. Gálvez Espinosa, M., & Rodríguez Arévalo, L. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), Ciudad de La Habana, abril-junio.