



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**  
**SEDE REGIONAL ROSARIO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**Título:** “Características de la maternidad adolescente en un servicio de salud de la ciudad de San Nicolás, durante el período 2005 - 2006”.

**Alumno:** Vanesa Romina Frezzotti

**Tutor:** Dr. Víctor Frigieri  
Dra. Susana Swynni

**Fecha de presentación:** diciembre de 2006

## Índice

Índice .....	1
Resumen .....	2
Introducción .....	4
Marco teórico .....	5
Problema .....	13
Objetivos .....	13
Material y métodos.....	14
Resultados .....	16
Discusión .....	27
Conclusión .....	30
Bibliografía .....	32
Anexo.....	38

## **Resumen**

El presente corresponde a un estudio de tipo descriptivo realizado en base a los datos correspondientes a 283 madres adolescentes (11 a 19 años) incluidas en el libro de partos del Servicio de Obstetricia del Hospital de Agudos "San Felipe" de la ciudad de San Nicolás, correspondientes al período julio de 2005 a julio de 2006.

Con el objetivo de conocer las características de las adolescentes embarazadas, conocer con qué frecuencia se presenta el embarazo según etapas de la adolescencia, caracterizar la historia de gestaciones y relacionar la edad materna con la realización de controles de salud, la forma de terminación del embarazo y la aparición de patologías y/o complicaciones del embarazo y parto.

Se arribaron a las siguientes conclusiones:

- ✓ Las adolescentes que atienden su parto (n=283) presentan un promedio de edad de 17,4 años, variando entre los 11 y 19 años.
- ✓ El 76,3% corresponde a la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años); el 21,9% a la adolescencia media (14 a 16 años) y el 1,8% a la adolescencia temprana (10 a 13 años).
- ✓ La edad gestacional al momento del parto se presentó con mayor frecuencia en las 39 y 40 semanas (32,2% y 28,6% respectivamente).
- ✓ El 89,8% de los partos correspondieron a recién nacidos a término y el 10,2% a pretérmino (presentándose solamente en madres en la etapa de adolescencia media y tardía).
- ✓ El 30% no había realizado los controles de salud adecuados durante el embarazo.
- ✓ No realizaron los controles de salud adecuados: el 38,7% de madres en la etapa de adolescencia media y el 28,2% de madres en la etapa de adolescencia tardía.
- ✓ El 30,4% tenía otros hijos (77,9% 1 hijo y 22,1% 2 hijos).
- ✓ El 2,8% refirió haber padecido algún aborto.

- ✓ Del total de partos, el 82,3% fueron vaginales y el 17,7% cesáreas.
- ✓ Los partos vaginales se presentaron en el 60% de madres en la etapa de adolescencia temprana, en el 83,9% de madres en la etapa de adolescencia media y en el 82,4% de madres en la etapa de adolescencia tardía.
- ✓ La mayor frecuencia de cesáreas se presentó entre las madres en la etapa de adolescencia temprana (40%).
- ✓ El 6,4% presentó diferentes tipos de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto: preeclampsia (26,3%), distocias (15,8%), retardo del crecimiento intrauterino (10,5%), rotura prematura de membranas (10,5%).
- ✓ Las patologías o complicaciones del embarazo y/o parto se presentaron en el 8,1% de madres en la etapa de adolescencia media y en el 6% de madres en la etapa de adolescencia tardía.

## **Introducción**

Desde una perspectiva médica y social uno de los problemas que enfrentan los países en desarrollo corresponde al fenómeno de los embarazos en adolescentes.

De acuerdo con cifras informadas por el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo adolescente representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo.<sup>1</sup>

La maternidad temprana es un fenómeno multicausal en el que participan factores de tipo social, económico y cultural.<sup>2</sup>

Cuando inician la actividad sexual, la mayoría de los adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.<sup>3</sup>

El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana, incide directamente en las altas tasas de muertes infantiles en los hijos de madres menores de 20 años en comparación con los de madres de 20 a 30 años.<sup>4</sup> Para la madre adolescente existen consecuencias emocionales y económicas que incluyen limitación en el desarrollo y madurez psicosocial, además de menores oportunidades de educación y empleo. Estos factores inciden en la salud materna, en la relación madre-hijo y en el potencial logro de sus expectativas.<sup>5</sup>

## **Marco teórico**

Para comprender la maternidad adolescente debemos partir de la significación conceptual de la adolescencia, a la que tomaremos como el periodo considerado como de transición desde la infancia hacia la adultez.

Según la OMS, adolescencia es el periodo de edad comprendido entre los 10 y 19 años. <sup>6</sup> Los científicos sociales y los investigadores médicos a nivel internacional, prefieren diferenciar entre <sup>7</sup>:

- adolescencia temprana de 10 y 13 años,
- adolescencia media de 14 a 16 años y
- adolescencia tardía entre los 17 y 19.

La adolescencia es un proceso inevitable y necesario por el cual se debe transitar.

También podemos considerar a la adolescencia como el proceso de crisis, de confusión, cuyas características más relevantes son la búsqueda de la propia identidad y el despertar sexual y que –una vez superado el proceso- nos presentan a un individuo maduro listo para enfrentar su vida y las relaciones sociales. <sup>8</sup>

El concepto de adolescencia es un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad. La Dra. Ana Coll manifiesta que antes no había adolescencia. La adolescencia, dice *“es una creación de la cultura, es un periodo de transición orgánico, social y psicológico. El orgánico se cumple solo, el social y el psicológico antes no existían.”*<sup>9</sup>

Se reconoce que los varones y mujeres de entre 10 y 20 años de edad difieren fisiológica y psicológicamente de los adultos y tienen, además, características propias. Se sostiene que la adolescencia se estrena casi simultáneamente con la pubertad pero se prolonga mas allá de ella sobre todo en las modernas sociedades industrializadas.

La adolescencia no tiene las mismas características ni en todos los países, ni en el interior de cada país, ni para todas las culturas y clases sociales.<sup>10</sup>

En muchos países en vías de desarrollo, especialmente en las áreas rurales poco desarrolladas, se considera que una muchacha es adulta cuando la menstruación ocurre regularmente. Ellas tienden a casarse muy joven y a no estudiar. La transición de la niñez a la adultez, en tales casos, es rápida y no existe noción de la adolescencia. Las niñas, desde pequeñas, colaboran con las tareas que deberían desempeñar sus padres y logran así una mayor y más rápida inclusión en el mundo de los adultos; el cuidado de los hermanos menores –por ejemplo– exigido desde niñas, las obliga a ejercer el rol de madre. Esta situación favorece las fantasías de la menor de ocupar el lugar de la madre, de cuyo resultado surge que no llegan a desempeñar ni el rol de madre ni el de la hija. Es así como concebir un hijo no es el desarrollo de la adultez, sino quizás la repetición de paradigmas maternos que estimulan la maternidad precoz en busca de metas no alcanzadas por los medios institucionalizados.<sup>11</sup>

Por otra parte, en los países desarrollados y en las áreas urbanas de los países en desarrollo donde ocurren rápidos cambios sociales, los jóvenes estudian y tienden a casarse a mayor edad.<sup>12</sup>

Según Ana Jusid<sup>13, 14</sup>, citando al Dr. Gutiérrez Leighton, para el caso de Argentina podemos considerar que actualmente la adolescencia comprende el lapso entre los 10 y 25 años con tres periodos etarios. Cabe destacar que en las regiones más pobres del país la persona termina su adolescencia a los 14 años al ingresar al mercado del trabajo. En los sectores urbanos y periurbanos se extiende aproximadamente hasta los 19 años para aquellos que, terminados los estudios secundarios, pueden ingresar al mercado de trabajo cuyos requisitos transforman al adolescente en el adulto exigido por el sistema. El tercer grupo, el de la adolescencia tardía comprendería a aquellos que ingresan a la actividad productiva al finalizar sus estudios terciarios, y representarían al 7% de la población joven.

Es importante mencionar también que la mayoría de los jóvenes hoy no tienen el incentivo de un proyecto de vida alentador, basado en la posibilidad de estudiar

y conseguir trabajo acorde a sus capacidades. Para el mercado es bueno que la adolescencia dure mucho tiempo y, además, en la sociedad actual no es fácil salir económicamente de ella. En los países con crisis económica no hay trabajos que permitan la independencia de los jóvenes, pero en aquellos fuertemente desarrollados tampoco el problema se soluciona fácilmente. Por el contrario, los jóvenes ven prolongado el período de la vida en el que viven con sus padres, no consiguen trabajo y tienen que prepararse durante mucho tiempo para acceder a ellos. <sup>15,16</sup>

Se produce así una época en la cual las responsabilidades se postergan y se prolonga lo bueno de la infancia con la libertad de los adultos. Es este un estado casi ideal, donde a veces lo simbólico de aquel juego de ser mamá se convierte en real.

Con respecto a la maternidad adolescente, la adolescencia y la maternidad se definen más allá de lo biológico, es decir, en un contexto histórico, social y cultural. Existen modelos sociales para ambos.

En la realidad cotidiana de los sectores populares, donde el modelo social de la adolescencia se aleja, se desdibuja o se pierde totalmente, ya que los factores económicos y sociales no solo pueden acortar el proceso, sino que muchas veces se pasa en forma directa de la niñez a la etapa “adulta”. La temprana inserción en el mercado laboral y la sustitución de las funciones maternas en el hogar por parte de las hijas mujeres se da con el consecuente abandono de la educación formal, la capacitación laboral y de la etapa vinculada con el juego y el placer. Son algunas de las consecuencias que sufren estos adolescentes. Por causa de la “pobreza estructural”<sup>\*</sup> nos enfrentamos con la desarticulación del grupo familiar producto del desempleo, las migraciones, la violencia doméstica y bajo nivel educativo. <sup>16</sup>

En los sectores medios y altos la adolescencia está más cercana al modelo del “imaginario colectivo o social”<sup>\*\*\*</sup> que se expresa no sólo en el tipo de consumo de

---

\* Se consideran en pobreza estructural a aquellas familias que se encuentran por debajo de la línea de pobreza durante períodos de estabilidad monetaria.

\*\* El imaginario social es una construcción social cambiante, efecto de una compleja red de relaciones entre discursos y prácticas sociales. Se constituye a partir de las coincidencias valorativas de las personas y de las

estos sectores jóvenes, sino al nivel y al tipo de expectativas individuales y del grupo familiar que se crean para el final de esta etapa, como por ejemplo, la búsqueda de una profesión y de una vocación que debe ser concretada en la etapa adolescente para ser ejecutada en la adulta.<sup>15,16</sup>

Vemos que esta problemática se inscribe como una más de las estigmatizaciones hacia los jóvenes: estas chicas son discriminadas en forma particular por su condición de mujer (género), por su edad (adolescente) y por ser madres. Esta es una sociedad que no se hace cargo de sus jóvenes en general, por lo menos de todo aquello que por su circunstancia de vida tienden a sacar a luz lo que la misma sociedad se esmera en ocultar. La drogadicción, el alcoholismo, la prostitución, la maternidad adolescente vinculada a la sexualidad temprana, son realidades que –al intentar darles un carácter individual– se estaría olvidando que, en realidad, todos ellos están inmersos y son consecuencias del accionar de la sociedad en su conjunto. Porque cuando hablamos de maternidad adolescente, se establecen diferencias entre los diversos sectores sociales, vinculadas con la aceptación–resolución de la problemática.<sup>17</sup>

El embarazo adolescente es una realidad que hoy se nos impone, especialmente en los sectores sociales más desprotegidos, y la duda es si obedece, por ejemplo, a la falta de educación sexual a la que se suma la imposibilidad de acceso a métodos anticonceptivos.<sup>18</sup>

La ausencia de un proyecto de vida en los adolescentes también es mencionada como causa de gestación anticipada.

Con respecto a la salud y la atención de la madre, se supone que una adolescente que dé a luz puede experimentar de diez a doce embarazos más en su vida, cada uno de los cuales significará un grave peligro y minará progresivamente sus fuerzas.

Entre los problemas relacionados con el embarazo y el parto se han observado diferencias nutritivas, enfermedades venéreas, anemia, preeclampsia, hinchazón que puede provocar convulsiones, hipertensión, toxemia, desprendimiento

---

resistencias. Da lugar a la producción de valores, apreciaciones, gustos, ideales y a las conductas de las personas que conforman una cultura, en un determinado momento histórico.

premature de la placenta, parto prolongado, desproporción céfalo pélvica, aumento de frecuencia de cesáreas y utilización de fórceps. <sup>7,19,20</sup>

En algunos hospitales argentinos se ha definido como riesgoso el embarazo producido por debajo de los dieciséis años; lo que se evalúa riesgoso es que la adolescente se encuentra en un período de crecimiento, durante el cual experimenta cambios hormonales y el embarazo puede competir con ello. Se dice que el crecimiento continúa hasta los tres años después de la menarca, por lo tanto, el embarazo puede competir con las necesidades nutricionales necesarias para el crecimiento de la adolescente. <sup>21, 22</sup>

Algunas complicaciones en la maternidad adolescente no están directamente relacionadas con la edad, sino con un cuidado y una nutrición prenatal inadecuada. <sup>6</sup>

Sin embargo, algunas experiencias prueban que el riesgo no es producto de la etapa etaria, sino de factores que inciden en forma negativa independientemente de la edad materna. <sup>7</sup>

En los países en desarrollo, alrededor de las tres cuartas partes de los nacimientos ocurren sin cuidado prenatal. <sup>23</sup>

Uno de los problemas que señalan los profesionales en la Argentina, es que existen pocos lugares dedicados a esta problemática, donde haya una atención integral desde el punto de vista obstétrico, médico en general, sociológico y psicológico. Se reconoce que la atención de la adolescente es una problemática nueva y es por ello que en muchos sitios la adolescencia sigue siendo atendida en los servicios de pediatría. <sup>7</sup>

Hay dificultades para generar una reacción positiva frente a la necesidad de atención preventiva y equipos interdisciplinarios.

Los profesionales opinan que no todos están preparados como debieran para atender a los adolescentes. La mayoría opina que la comunicación con los adolescentes es muy difícil.

En investigaciones llevadas a cabo en el Hospital Fernández, se insinúa que tal vez la maternidad temprana aparezca con más frecuencia en los sectores más empobrecidos, quizás, justamente por ausencia de alternativas. Los jóvenes son

socializadas alrededor del discurso de la madre y del rol reproducido que deberán desempeñar tanto a nivel personal como social. Si bien muchas de ellas acceden a valores modernos a través del acceso a la escuela media y al contacto con otros jóvenes, la persistencia de pautas tradicionales de educación, así como la escasa vinculación de los contenidos aprendidos con su vida cotidiana y en sus respectivos orígenes, conduce a neutralizar los mensajes escolares y reforzar los valores anteriores, generando el efecto contrario: resistencia y desconfianza frente a los cambios.<sup>24</sup>

A pesar de que el hecho de ser joven por definición, coloque a los individuos en un plano de contradicción casi permanente, los jóvenes populares expresan una disociación mayor que el resto de los jóvenes y, a su vez, diferente a lo que fueron sus madres. Esta neutralidad en el rol de la mujer no les permite percibir diferencias en cuanto a las mayores posibilidades que existen en mujeres de otra condición social.<sup>9</sup>

### **Hacia una aproximación de la realidad argentina**

Se considera que la realidad actual argentina está signada por tres grandes procesos. Por un lado, se ha asistido a la crisis del estado de bienestar que llevó al fin del estado como garante universal de derechos sociales. Por otro lado, han cambiado las relaciones laborales, dejando de ser el trabajo asalariado –con todos los derechos que él supone– la condición de amplios sectores de la población. El tercer proceso al que se asiste es consecuencia de los dos anteriores y da cuenta de cómo se ha agudizado la situación de la pobreza de los sectores populares, al punto que la exclusión social ya es una realidad para muchos.<sup>25</sup>

En la actualidad hay más de 1.400.000 trabajadores desocupados, en situación de pobreza y pertenecientes a grupos de población con necesidades básicas insatisfechas, radicados en áreas urbanas o rurales, que registran baja calificación y presentan serias dificultades para vincularse al mercado formal de trabajo.

De esta forma, amplios sectores de la población se encuentran ante una inusitada situación de vulnerabilidad social, mientras que otros ya transitan la senda de la exclusión.

UNICEF ha realizado un trabajo sobre jóvenes madres en la Argentina (1995) basado en una investigación apoyada por la Task Force for Social Science Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction de la Organización Mundial de la Salud, con apoyo adicional de SAREC. <sup>26,27</sup> El trabajo fue realizado en base a encuestas realizadas en Capital Federal y en Puerto Madryn, provincia de Chubut. Según observaciones del Centro de Estudios de Población (CENEP), la proporción de nacimientos en madres de menos de 20 años ha aumentado considerablemente en la Argentina hacia los años '80 y, si bien la proporción ha variado descendiendo y ascendiendo, se conserva relativamente alta para un país en el que la fecundidad general ha sido moderada y descendente por más de siete décadas.

El 15% de los niños nacidos en nuestro país son hijos de madres adolescentes; cada vez se conocen más casos. <sup>27</sup>

En 1995, de los 18.640 partos registrados en los hospitales de Mendoza, 2.683 (14,4 %) fueron de adolescentes de 10 a 19 años. La gran mayoría, el 97 %, eran mayores de 15 años. (Diario La Nación, 4 de marzo de 1997).

En cuanto a la diferenciación de estratos socioeconómicos, estos porcentajes corresponden casi exclusivamente a chicas de zonas pobres y de clase media-baja. Seguramente no poseen obra social, quedándoles como única alternativa asistir a los servicios públicos e integrar las estadísticas. <sup>28</sup>

Esto significa que no se pueden tener datos ciertos de las adolescentes de clase media y media-alta que dan a luz. Con seguridad serán muchas menos, pero no porque sean pocas las chicas de clase alta que quedan embarazadas, sino porque *“las chiquititas pobres continúan con su embarazo, mientras que las familias adineradas lo interrumpen. Tienen más medios para hacerlo de forma segura”*. <sup>29</sup>

En las sociedades tradicionales las presiones de la familia y de la comunidad han tenido el efecto de restringir el contacto sexual premarital. Sin embargo, en la sociedad actual, estos mecanismos tradicionales se están volviendo menos efectivos. Ciertos controles sociales, tal como cercana vigilancia materna y la

segregación por sexo, son menos comunes y permiten mayor libertad a los adolescentes.<sup>30</sup>

Estos cambios culturales han generado modificaciones en los patrones de interacción socio-afectiva entre los sexos. Las mayores oportunidades de relaciones heterosexuales, un desarrollo puberal o menarca a edades más tempranas, acompañan el afloramiento de una sexualidad más precoz.

La madurez sexual precoz y las mayores oportunidades para contactos sexuales debido a los estímulos actuales, sugieren que los países en desarrollo, estarán cada vez más confrontados con los problemas de la sexualidad adolescente.

A esto se le debe sumar que, por un lado, los medios de comunicación estimulan a los chicos a iniciarse sexualmente, los erotizan, convierten a las mamás adolescentes en heroínas, pero no les dan elementos protectores que les permitan evitar las consecuencias de esas acciones.

Por el otro, los padres pasan mucho tiempo alejados de sus hijos, buscando un sustento diario, cada vez más difícil de obtener. Los adolescentes se ven obligados a ser padres de sí mismos, situación que les da más libertad; pero sin los elementos suficientes.<sup>21</sup>

## **Problema**

Características referidas al embarazo y parto de las adolescentes embarazadas que atienden su parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Agudos “San Felipe” de la ciudad de San Nicolás.

## **Objetivos**

- Analizar las características generales de la población de embarazadas adolescentes.
- Conocer con qué frecuencia se presenta el embarazo según etapas de la adolescencia.
- Caracterizar la historia de gestaciones de las madres adolescentes y la realización de controles de salud.
- Relacionar la edad materna con la realización de controles de salud, la forma de terminación del embarazo y la aparición de patologías y/o complicaciones del embarazo y parto.

## **Material y métodos**

Se llevó adelante un estudio descriptivo en base a los datos correspondientes a madres adolescentes incluidas en el libro de partos del Servicio de Obstetricia del Hospital de Agudos “San Felipe” de la ciudad de San Nicolás, correspondientes al período julio de 2005 a julio de 2006.

El universo de estudio eran aquellas mujeres menores a de 20 años que atendían su parto en dicho servicio. La muestra quedó conformada por 283 madres adolescentes, con edades que variaban entre 11 y 19 años.

Diversos autores <sup>6,7,9</sup> plantean que el embarazo – parto de madres adolescentes presentan características diferenciales de acuerdo a la edad materna, estableciendo tres categorías:

- ✓ Adolescencia temprana: 10 a 13 años,
- ✓ Adolescencia media: 14 a 16 años y
- ✓ Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

Por ese motivo algunas variables se analizan teniendo en cuenta esta categorización.

VARIABLES ANALIZADAS:

- Edad materna: en años cumplidos al momento del parto.
- Edad gestacional: en semanas cumplidas desde la fecha de la última menstruación. Se considera de pretérmino cuando no alcanza las 37 semanas de edad gestacional.
- Controles de salud: adecuados o no adecuados en cantidad. Considerando como adecuados a un mínimo de 11 controles, ya que el embarazo en una adolescente es considerado un embarazo de alto riesgo (la frecuencia de controles prenatales es de un control cada 4 semanas hasta las 32 semanas de edad gestacional; cada 2 semanas hasta las 36 semanas de edad gestacional y cada semana hasta el parto).
- Hijos: si tiene o no hijos anteriores al parto actual y la cantidad.
- Abortos: si tuvo o no anteriormente algún aborto.

- Forma de terminación del embarazo: parto vaginal o cesárea.
- Patologías o complicaciones del embarazo y/o parto: si padeció o no alguna patología o complicación durante el embarazo y/o parto, especificando el tipo de patología o complicación.
- Edad materna y controles de salud: relación entre las etapas de la adolescencia según la edad y la realización de controles de salud adecuado o no adecuados en cantidad.
- Edad materna y forma de terminación del embarazo: relación entre las etapas de la adolescencia según la edad y forma de terminación del embarazo (parto vaginal o cesárea).
- Edad materna y edad gestacional del recién nacido: relación entre las etapas de la adolescencia según la edad y edad gestacional en semanas cumplidas desde la fecha de la última menstruación.
- Edad materna y patologías o complicaciones del embarazo y/o parto: relación entre las etapas de la adolescencia según la edad y si padeció o no alguna patología o complicación durante el embarazo y/o parto.

Para su tabulación y análisis se utilizó el programa Microsoft Excell. Los datos se presentan tabulados y ordenados según edad materna en el anexo.

Se utilizaron medidas estadísticas de resumen de tendencia central y técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes). Se presentan como tablas y gráficos.

## Resultados

### Características de las madres adolescentes:

- **Edad materna**

La edad materna de la población estudiada varía entre los 11 y 19 años, con un promedio de 17,4 años, una mediana de 18 años y un modo de 18 años.

<i>Edad materna</i>		
	<i>f</i>	<i>f/n</i>
adolescencia temprana (10 a 13 años)	5	0,018
adolescencia media (14 a 16 años)	62	0,219
adolescencia tardía (17 a 19 años)	216	0,763
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna.**

Del total de adolescentes que atienden su parto (n=283), el 76,3% corresponde a la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años); el 21,9% a la adolescencia media (14 a 16 años) y el 1,8% a la adolescencia temprana (10 a 13 años).

- **Edad gestacional**

<i>Edad gestacional</i>		
	<i>f</i>	<i>f/n</i>
30 semanas	3	0,011
31 semanas	3	0,011
33 semanas	1	0,004
34 semanas	5	0,018
35 semanas	7	0,025
36 semanas	10	0,035
37 semanas	25	0,088
38 semanas	36	0,127
39 semanas	91	0,322
40 semanas	81	0,286
41 semanas	18	0,064
42 semanas	3	0,011
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad gestacional al momento del parto.**

La edad gestacional al momento del parto varió entre 30 y 42 semanas. Presentándose la mayor frecuencia en las 39 y 40 semanas (32,2% y 28,6% respectivamente)

<i>Recién nacido</i>		
	<i>f</i>	<i>f/n</i>
pretérmino	29	0,102
a término	254	0,898
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad gestacional del recién nacido.**

De los partos el 89,8% corresponden a recién nacidos a término y el 10,2% a recién nacidos de pretérmino.

- **Controles de salud**

<i>Controles de salud</i>		
	<i>f</i>	<i>f/n</i>
sí	198	0,700
no	85	0,300
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los controles de salud durante el embarazo.**

Del total de adolescentes embarazadas el 70% realizó controles de salud durante el embarazo y el 30% no realizó los controles de salud adecuados.

- **Hijos**

<i>Hijos</i>		
	<i>f</i>	<i>f/n</i>
<b>sí</b>	86	0,304
<b>no</b>	197	0,696
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de hijos anteriores al parto actual en madres adolescentes.**

Del total de madres adolescentes, el 69,6% no tiene hijos anteriores al parto actual y el 30,4% ya tiene hijos.

<i>Cantidad de hijos</i>		
	<i>f</i>	<i>f/n</i>
<b>1 hijo</b>	67	0,779
<b>2 hijos</b>	19	0,221
<b>Total</b>	<b>86</b>	

**Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de hijos anteriores al parto actual en madres adolescentes.**

De las 86 madres adolescentes que tienen hijos anteriores al parto actual, el 77,9% sólo tiene 1 hijo y el 22,1% tiene 2 hijos.

- **Abortos**

<b>Abortos</b>		
	<b>f</b>	<b>f/n</b>
<b>sí</b>	8	0,028
<b>no</b>	275	0,972
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 7:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de abortos anteriores al parto actual.

Del total de la población el 2,8% refiere aborto anterior al parto actual.

- **Forma de terminación del embarazo**

<b>Forma de terminación del embarazo</b>		
	<b>f</b>	<b>f/n</b>
<b>parto vaginal</b>	233	0,823
<b>cesárea</b>	50	0,177
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 8:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la forma de terminación del embarazo actual.

Del total de partos, el 82,3% corresponde a partos vaginales y el 17,7% a cesáreas.

- **Patologías o complicaciones del embarazo y/o parto**

<b>Patologías o complicaciones del embarazo y/o parto</b>		
	<b>f</b>	<b>f/n</b>
<b>sí</b>	18	0,064
<b>no</b>	265	0,936
<b>Total</b>	<b>283</b>	

**Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.**

Del total de la población en estudio, el 93,6% no presentó patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y el 6,4% presentó diferentes tipos de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.

<b>Tipo de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto</b>		
	<b>f</b>	<b>f/n</b>
<b>preeclampsia</b>	5	0,263
<b>distocias</b>	3	0,158
<b>RCIU</b>	2	0,105
<b>rotura prematura de membranas</b>	2	0,105
<b>retención de placenta</b>	1	0,053
<b>anomalías congénitas del feto</b>	1	0,053
<b>embarazo gemelar</b>	1	0,053
<b>macrosomía fetal</b>	1	0,053
<b>muerte fetal</b>	1	0,053
<b>polihidramnios</b>	1	0,053
<b>parto extrainstitucional</b>	1	0,053
<b>Total</b>	<b>19</b>	

**Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los tipos de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.**

En las madres adolescentes que presentaron patologías o complicaciones del embarazo y/o parto (n=18), las mayores frecuencias se distribuyeron entre la preeclampsia (26,3%), distocias (15,8%), retardo del crecimiento intrauterino (10,5%) y rotura prematura de membranas (10,5%).

- **Relación entre controles de salud y edad materna**

<b>Controles de salud y edad materna</b>					
	<b>realizó controles de salud</b>		<b>no realizó controles de salud</b>		<b>Total</b>
	<b>f</b>	<b>f/n</b>	<b>f</b>	<b>f/n</b>	
<b>adolescencia temprana (10 a 13 años)</b>	5	1,000	0	0,000	<b>5</b>
<b>adolescencia media (14 a 16 años)</b>	38	0,613	24	0,387	<b>62</b>
<b>adolescencia tardía (17 a 19 años)</b>	155	0,718	61	0,282	<b>216</b>

Prueba Chi 2= 0,095

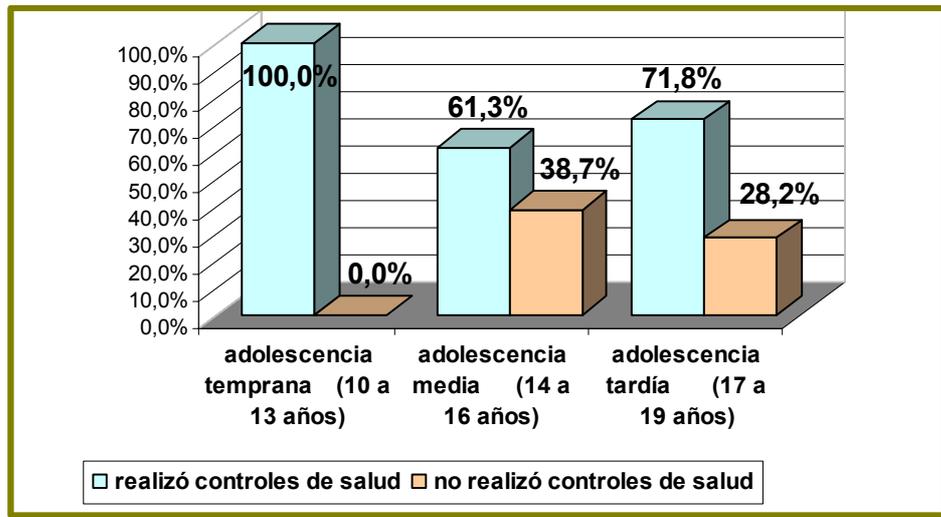
**Tabla 11:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la relación entre los controles de salud y la edad materna.

Del total de madres en la etapa de adolescencia temprana (10 a 13 años) (n=5), el 100% presenta la cantidad de controles de salud adecuados durante el embarazo.

Del total de madres en la etapa de adolescencia media (14 a 16 años) (n=62), el 61,3% presenta la cantidad de controles de salud adecuados durante el embarazo y el 38,7% no realizó los controles de salud adecuados.

Del total de madres en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años) (n=216), el 71,8% presenta la cantidad de controles de salud adecuados durante el embarazo y el 28,2% no realizó los controles de salud adecuados.

No se encontraron diferencias significativas entre la edad materna y la cantidad de controles de salud realizados.



**Gráfico 1:** distribución de las frecuencias relativas de la relación entre los controles de salud y la edad materna.

- **Relación entre forma de terminación del embarazo y edad materna**

<i>Forma de terminación del embarazo y edad materna</i>					
	parto vaginal		cesárea		Total
	<i>f</i>	<i>f/n</i>	<i>f</i>	<i>f/n</i>	
adolescencia temprana (10 a 13 años)	3	0,600	2	0,400	<b>5</b>
adolescencia media (14 a 16 años)	52	0,839	10	0,161	<b>62</b>
adolescencia tardía (17 a 19 años)	178	0,824	38	0,176	<b>216</b>

Prueba Chi 2= 0,403

**Tabla 12:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la relación entre la forma de terminación del embarazo y la edad materna.

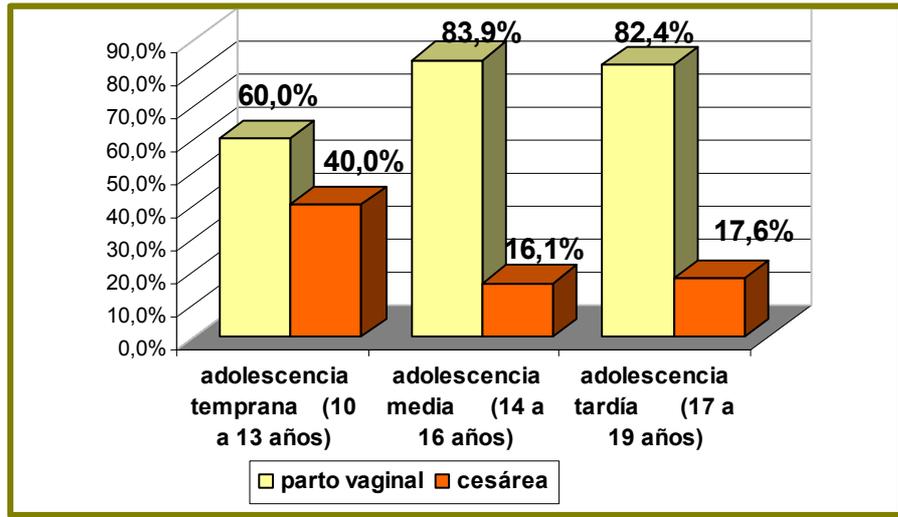
Del total de madres en la etapa de adolescencia temprana (10 a 13 años) (n=5), el 60% finalizó el embarazo por parto vaginal y el 40% por cesárea.

Del total de madres en la etapa de adolescencia media (14 a 16 años)

(n=62), el 83,9% finalizó el embarazo por parto vaginal y el 16,1% por cesárea.

Del total de madres en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años) (n=216), el 82,4% finalizó el embarazo por parto vaginal y el 17,6% por cesárea.

No se encontraron diferencias significativas entre la edad materna y la forma de terminación del embarazo.



**Gráfico 2:** distribución de las frecuencias absolutas de la relación entre la forma de terminación del embarazo y la edad materna.

- Relación entre edad gestacional del recién nacido y edad materna

<i>Edad gestacional del recién nacido y edad materna</i>					
	pretérmino		a término		Total
	f	f/n	f	f/n	
adolescencia temprana (10 a 13 años)	0	0,000	5	1,000	5
adolescencia media (14 a 16 años)	9	0,145	53	0,855	62
adolescencia tardía (17 a 19 años)	20	0,093	196	0,907	216

Prueba Chi 2= 0,362

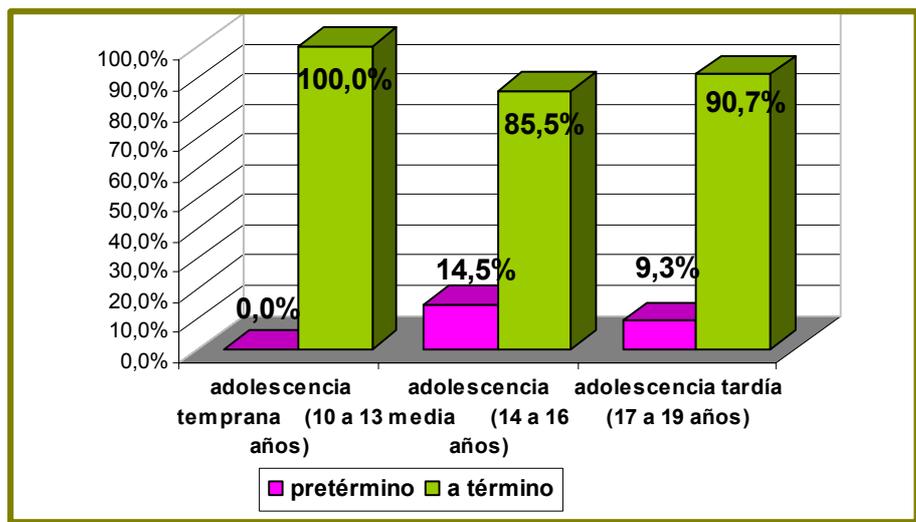
**Tabla 13:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la relación entre la edad gestacional del recién nacido y la edad materna.

Del total de madres en la etapa de adolescencia temprana (10 a 13 años) (n=5), el 100% tuvo recién nacidos de término.

Del total de madres en la etapa de adolescencia media (14 a 16 años) (n=62), el 85,5% tuvo recién nacidos de término y el 14,5% de pretérmino.

Del total de madres en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años) (n=216), el 90,7% tuvo recién nacidos de término y el 9,3% de pretérmino.

No se encontraron diferencias significativas entre la edad materna y la edad gestacional del recién nacido.



**Gráfico 3:** distribución de las frecuencias absolutas de la relación entre la edad gestacional del recién nacido y la edad materna.

- **Relación entre patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y edad materna**

<b>Patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y edad materna</b>					
	sin patologías o complicaciones		con patologías o complicaciones		Total
	<i>f</i>	<i>f/n</i>	<i>f</i>	<i>f/n</i>	
<b>adolescencia temprana (10 a 13 años)</b>	5	1,000	0	0,000	<b>5</b>
<b>adolescencia media (14 a 16 años)</b>	57	0,919	5	0,081	<b>62</b>
<b>adolescencia tardía (17 a 19 años)</b>	203	0,940	13	0,060	<b>216</b>

Prueba Chi 2= 0,710

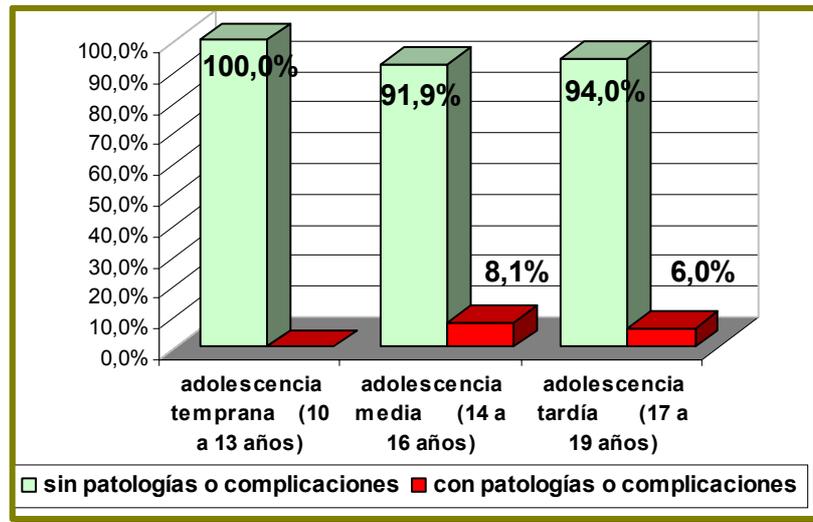
**Tabla 14:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la relación entre las patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y la edad materna.

Del total de madres en la etapa de adolescencia temprana (10 a 13 años) (n=5), el 100% no presentó patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.

Del total de madres en la etapa de adolescencia media (14 a 16 años) (n=62), el 91,9% no presentó patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y el 8,1% presentó algún tipo de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.

Del total de madres en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años) (n=216), el 94% no presentó patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y el 6% presentó algún tipo de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.

No se encontraron diferencias significativas entre la edad materna y el desarrollo de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto.



**Gráfico 4:** distribución de las frecuencias absolutas de la relación entre las patologías o complicaciones del embarazo y/o parto y la edad materna.

## **Discusión**

La fecundidad adolescente en la Argentina es relativamente alta en relación con su nivel general de fecundidad. En un país “donde las mujeres adultas han alcanzado niveles altos de control de su fecundidad sin que intervinieran campañas ni estímulos, y aún a contramano de políticas gubernamentales explícitas, se mantienen sin embargo bolsones de fecundidad alta: las mujeres más pobres y las adolescentes”<sup>31</sup>. La fecundidad adolescente alcanzó su pico máximo en 1980, para comenzar a descender luego<sup>32</sup>. Esto significa que de los aproximadamente 700.000 nacimientos que ocurren por año en la Argentina, cerca de 100.000 corresponden a menores de 20 años. Una proporción pequeña de los niños que nacen cada año, pero significativa en términos de problemática bio-psico-social, tienen madres entre los 10 y 14 años (3.314 nacimientos en 1995)<sup>33</sup>

En nuestro estudio hemos encontrado que la edad materna de la población estudiada variaba entre los 11 y 19 años, con un promedio de 17,4 años, correspondiendo el 76,3% a la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años); el 21,9% a la adolescencia media (14 a 16 años) y el 1,8% a la adolescencia temprana (10 a 13 años). Esta distribución es la encontrada en la mayoría de los estudios realizados en nuestro país.<sup>34,35,36,37</sup>

En su historia de gestas, el 30,4% de las adolescentes estudiadas tiene hijos anteriores al parto actual (77,9% 1 hijo y 22,1% 2 hijos). Lo que nos muestra que la edad de las adolescentes al convertirse en madres por primera vez es inferior a la media encontrada en nuestro estudio. Según el estudio realizado en Barcelona sobre el embarazo en adolescentes en el año 1990, una proporción elevada de madres adolescentes vuelven a quedarse embarazadas en un corto periodo de tiempo.<sup>38</sup>

Del total de la población el 2,8% refiere aborto anterior al parto actual. Esta frecuencia de presentación puede no reflejar la realidad del aborto entre embarazadas en nuestro medio, debido al subregistro existente.

La edad gestacional al momento del parto se presentó con mayor frecuencia en las 39 y 40 semanas (32,2% y 28,6% respectivamente). Correspondiendo el 10,2% a recién nacidos de pretérmino. Cifra levemente superior a otros estudios poblacionales.<sup>39,40</sup>

Del total de adolescentes embarazadas el 70% realizó controles de salud durante el embarazo y el 30% no realizó los controles de salud adecuados. El INDEC señala que cerca del 30% de las adolescentes realizan su primer control de embarazo entre el cuarto y el sexto mes.<sup>32</sup> En un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil "San Roque" de Paraná, en el período 97/99, el 6,63 % de las adolescentes llegó al hospital para el momento del parto, sin haberse realizado ningún control médico del embarazo previamente.<sup>37</sup>

Del total de madres en la etapa de adolescencia temprana (10 a 13 años), el 100% presenta la cantidad de controles de salud adecuados durante el embarazo. Del total de madres en la etapa de adolescencia media (14 a 16 años), el 61,3% presenta la cantidad de controles de salud adecuados durante el embarazo. Y Del total de madres en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años), el 71,8% presenta la cantidad de controles de salud adecuados durante el embarazo.

Del total de partos, el 82,3% corresponde a partos vaginales y el 17,7% a cesáreas. De las madres de 10 a 13 años, el 60% finalizó el embarazo por parto vaginal y el 40% por cesárea. De las madres de 14 a 16 años, el 83,9% finalizó el embarazo por parto vaginal y el 16,1% por cesárea. Y de las madres de 17 a 19 años, el 82,4% finalizó el embarazo por parto vaginal y el 17,6% por cesárea. Otros estudios sugieren que la utilización de cesáreas en madres adolescentes corresponde aproximadamente al 12%<sup>41</sup> señalando que existe una tendencia a incrementar la frecuencia de cesáreas, y esto se debe a varios factores: dentro de los cuales, se encuentra la disminución de sus riesgos como acto quirúrgico, la aplicación de nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales, la aparición de nuevos factores sociales, económicos y culturales, comodidad del equipo de salud, la virtual ausencia de contraindicaciones, la docencia médica y la presión legal sobre los prestadores del servicio. (40,42,43,44)

Del total de la población en estudio, el 6,4% presentó diferentes tipos de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto. Siendo las mayores frecuencias las correspondientes a la preeclampsia (26,3%), distocias (15,8%), retardo del crecimiento intrauterino (10,5%) y rotura prematura de membranas (10,5%). Las cuales se presentaron en el 8,1% de madres en la etapa de adolescencia media y en el 6% de madres en la etapa de adolescencia tardía. Algunos estudios señalan que la presentación de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto se incrementa con la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes <sup>(39)</sup> así que es dable esperar diferencias en las frecuencias de acuerdo a la población estudia.

## **Conclusión**

- ✓ Las adolescentes que atienden su parto (n=283) presentan un promedio de edad de 17,4 años, variando entre los 11 y 19 años.
- ✓ El 76,3% corresponde a la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años); el 21,9% a la adolescencia media (14 a 16 años) y el 1,8% a la adolescencia temprana (10 a 13 años).
- ✓ La edad gestacional al momento del parto se presentó con mayor frecuencia en las 39 y 40 semanas (32,2% y 28,6% respectivamente).
- ✓ El 89,8% de los partos correspondieron a recién nacidos a término y el 10,2% a pretérmino (presentándose solamente en madres en la etapa de adolescencia media y tardía).
- ✓ El 30% no había realizado los controles de salud adecuados durante el embarazo.
- ✓ No realizaron los controles de salud adecuados: el 38,7% de madres en la etapa de adolescencia media y el 28,2% de madres en la etapa de adolescencia tardía.
- ✓ El 30,4% tenía otros hijos (77,9% 1 hijo y 22,1% 2 hijos).
- ✓ El 2,8% refirió haber padecido algún aborto.
- ✓ Del total de partos, el 82,3% fueron vaginales y el 17,7% cesáreas.
- ✓ Los partos vaginales se presentaron en el 60% de madres en la etapa de adolescencia temprana, en el 83,9% de madres en la etapa de adolescencia media y en el 82,4% de madres en la etapa de adolescencia tardía.
- ✓ La mayor frecuencia de cesáreas se presentó entre las madres en la etapa de adolescencia temprana (40%).
- ✓ El 6,4% presentó diferentes tipos de patologías o complicaciones del embarazo y/o parto: preeclampsia (26,3%), distocias (15,8%), retardo del crecimiento intrauterino (10,5%), rotura prematura de membranas (10,5%).

- ✓ Las patologías o complicaciones del embarazo y/o parto se presentaron en el 8,1% de madres en la etapa de adolescencia media y en el 6% de madres en la etapa de adolescencia tardía.

## **Bibliografía**

1. United Nations Population Fund. UNFPA and adolescents. New York, NY: UNFPA, 1997.
2. Infesta G. Las adolescentes frente a la maternidad. En: La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, p. 267-81, 1996.
3. García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Salud Pub Mex; 34: 1-16, 1992.
4. Dirección General de Planificación Familiar. Informe de la encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. México, D.F. Secretaría de Salud, 1988.
5. Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pub Mex; 36: 154-60, 1994.
6. Albelda, M.; Couselo, M.A.; Vieira Alves,S. Maternidad Precoz en Mujeres de Sectores Populares Urbanos. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Agosto de 2000.
7. Armichiardi, S. y Otros. Adolescencia y embarazo. Hospital R. Sáenz Peña, Rosario, 1991.
8. Escardo, Marinés. Aspectos sociales que influyen en el embarazo adolescente. En Revista "*Adolescencia, salud integral y embarazo*". Argentina, 1994.

9. Coll, A. Embarazo en la adolescencia, *Clínicas Perinatológicas Argentinas*,; 4: 23-55, 1996-1997.
10. June, J. y Díaz, A. Situación de la salud maternoinfantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe, Acciones de salud a nivel local, OPS, OMS; 1997.
11. Yunes, Roberto. Adolescencia y sexualidad: el rol de la familia. En: *"Por una maternidad sin riesgos."*. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Argentina, 1992.
12. Parra Visoso, A. Sexualidad en la adolescencia, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, México, p.59-65, 1992.
13. Jusid, Ana. *"Las niñas mamás"*. Editorial Sudamericana. Bs. As., 1988.
14. Jusid, Ana. *"Madres adolescentes solas"*. Centro de Estudios Cristianos. Cuaderno N°. 18. Bs. As., 1986.
15. Añaños, Celina. *"Comportamiento sexual y embarazo en la población adolescente de la ciudad de Rosario"*. Año 2000.
16. Del Castillo, M.; Dwek, L. *"Maternidad adolescente en medios sub privilegiados"*. Ed. HUMANITAS. Bs. As. 1988.
17. Luvecce, Cecilia. *"Maternidad adolescente"*. Secretaría de Desarrollo Humano y Familia. Bs. As., 1988.

18. Machado, R. y Otros. *"Delincuencia metropolitana y medio social"*. PROFIDE. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Bs. As. Junio de 2.000.
19. Deschamps, Jean P. *"Embarazo y maternidad en la adolescente"*. Ed. Herder. Barcelona, 1979.
20. Duarte, Albertina. *"Gravidez na adolescencia"*. Publicación Planejamento Agora. Brasil, 1994.
21. Pantelides, A. ; Cerruti, M. *"Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia"*. Publicación Cuaderno del CENEP, cuaderno 47, Bs. As., 1992.
22. Viladrich, A. *"Madres solteras adolescentes"*. Centro Editor de América Latina (CEAL), Bs. As., 1994.
23. Bolzan, A., Guimary, L. Y Norry, M. "Relación entre estado nutricional de embarazadas adolescentes y crecimiento fetal", *Medicina*, Buenos Aires; 1999, 59:3
24. Rubarth, Gisela y Otras.: *"La adolescente embarazada"*. Grupo Editor Latinoamericano. Bs. As., 1994.
25. "Informe Sobre Desarrollo Humano". Honorable Senado de la Nación. (HSN) Año 1996.
26. United Nations. Department of international economic and social affairs. *"Adolescent reproductive behavior" evidence from developed countries"*. Population Studies N° 109. New York, E.E.U.U.1988.

27. Fernández, Ana María: "Cicatrices de género, cicatrices de pobreza". En "Embarazo adolescente en niñas pobres". UNICEF ARG. Bs As. 1993.
28. Belmonte, Rosalía: *"Madres menores solteras"*. Cuadernos de familia. Bs. As. 1988.
29. Coll, A.; Girard, G. Embarazo y parto en la adolescencia. Paternidad adolescente. En "Manual de Ginecología Infanto-Juvenil". Ed. ASCUNE. Bs. As. 1994.
30. Giberti, E. Púberes y embarazo. En La hoja del Grupo Nacional. Bs. As. Mayo 1996.
31. Pantelides, A. y col. La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina, UNICEF, Buenos Aires. Pg. 37, 1995.
32. INDEC. *Anuario Estadístico de la República Argentina*, Buenos Aires. 1996.
33. Gogna, M.; Llovet, J.J.; Ramos, S. y Romero, M. Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social, *La Argentina que Viene*, Norma, Buenos Aires, págs. 315-365, 1998.
34. Añaños, M.C., 1996, Comportamiento de unión y salud reproductiva de la población femenina de 15-19 años en Argentina. Interrogantes e Hipótesis, *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, CENEP/OMS/CEDES/AEPA, Buenos Aires.
35. Gogna, M.; Ramos, S. y Romero, M. La salud reproductiva en la Argentina: Dimensiones epidemiológicas y sociodemográficas, *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas: Propuestas para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires. 1998.

36. Peralta, V.; Simioni, A.; Gutiérrez, L. "Procreación Responsable. Visión – Misión del Pediatra". Revista Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Vol 5 N° 1 y 2, Rosario, ene. – dic. 2001
37. Alicia Genolet , Carmen Lera, Cristina Gelsi, Zunilda Schoenfeld, Silvana Musso, María S. Mulone, María S. Schmuck. La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia. Humanidades y Ciencias Sociales, 2000.
38. Valero, C; Nebot, M; Villalbi, JR. Embarazo en adolescentes en Barcelona: distribución, antecedentes y consecuencias. Gaceta Sanitaria. Vol. 8. Núm. 43. (155-161). Julio-Agosto 1994
39. *Angélica Díaz, Pablo Sanhueza , Nicole Yaksic B.* Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obste Ginecol, 2002; 67(6): 481-487.
40. Silvana Séller. Salud Reproductiva de los/las Adolescentes. Argentina 1990-1998. Artículo publicado en Oliveira, M.C. (org.); Cultura Adolescência Saúde: Argentina, Brasil e México, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, Campinas, 2000.
41. Avanza, MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A, Rivero MI. Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina. Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario.

42. Belitzky R. El nacimiento por cesárea hoy. Salud perinatal. CLAP OPS/OMS. 1989; 3 (9): 101-7.
43. Bottoms SF; The increase in the cesarean birth rate; N. Engl. J; 1980; Med.302:559-563.
44. Danforth DN; Cesarean section: stated of the review. JAMA;1985; 253:811-818.

## Anexo

### Tabulación de los datos

	<i>edad materna</i>	<i>edad gestacional</i>	<i>controles de salud</i>	<i>hijos</i>	<i>abortos</i>	<i>forma de terminación del embarazo</i>	<i>patología o complicaciones del embarazo y/o parto</i>
1	11	40	SÍ			parto vaginal	
2	13	40	SÍ			cesárea	
3	13	40	SÍ			parto vaginal	
4	13	39	SÍ			cesárea	
5	13	38	SÍ			parto vaginal	
6	14	39	SÍ			parto vaginal	
7	14	39	SÍ			cesárea	
8	14	38	SÍ			parto vaginal	
9	14	39	NO			cesárea	
10	14	41	SÍ			parto vaginal	
11	14	38	SÍ			parto vaginal	
12	14	39	NO			parto vaginal	
13	15	40	SÍ			parto vaginal	
14	15	40	SÍ			parto vaginal	
15	15	34	NO		SÍ	parto vaginal	
16	15	38	SÍ			parto vaginal	
17	15	41	SÍ			parto vaginal	
18	15	39	SÍ			parto vaginal	
19	15	40	SÍ			parto vaginal	
20	15	40	SÍ			parto vaginal	
21	15	36	NO			parto vaginal	
22	15	39	SÍ			parto vaginal	
23	15	39	NO			parto vaginal	
24	15	39	SÍ			parto vaginal	
25	15	38	SÍ			cesárea	
26	15	35	SÍ			parto vaginal	
27	16	40	SÍ			parto vaginal	
28	16	41	SÍ			parto vaginal	
29	16	39	SÍ			parto vaginal	
30	16	31	SÍ			cesárea	
31	16	30	SÍ			parto vaginal	rotura prematura de membranas
32	16	40	SÍ			parto vaginal	
33	16	39	NO			parto vaginal	
34	16	39	SÍ			parto vaginal	
35	16	39	SÍ			parto vaginal	
36	16	40	SÍ			parto vaginal	retención de la placenta
37	16	40	SÍ			parto vaginal	
38	16	38	NO			cesárea	preeclampsia
39	16	40	NO	1		parto vaginal	
40	16	40	SÍ			parto vaginal	

41	16	35	SÍ			parto vaginal	
42	16	39	SÍ			parto vaginal	
43	16	42	SÍ			parto vaginal	preeclampsia
44	16	40	SÍ			parto vaginal	
45	16	39	NO			parto vaginal	
46	16	39	NO	1		cesárea	
47	16	39	SÍ			parto vaginal	
48	16	40	SÍ			parto vaginal	
49	16	40	NO			parto vaginal	
50	16	39	NO	1		parto vaginal	
51	16	39	NO	1		parto vaginal	
52	16	40	NO			parto vaginal	
53	16	40	NO			parto vaginal	
54	16	34	NO	1		parto vaginal	
55	16	37	NO			parto vaginal	
56	16	31	NO			cesárea	
57	16	38	NO			cesárea	
58	16	41	NO			parto vaginal	
59	16	35	NO			parto vaginal	
60	16	40	SÍ			cesárea	
61	16	40	NO	2		parto vaginal	
62	16	37	SÍ			parto vaginal	
63	16	40	SÍ			parto vaginal	
64	16	40	NO			parto vaginal	
65	16	38	SÍ			cesárea	distocia
66	16	39	NO			parto vaginal	
67	16	40	SÍ			parto vaginal	
68	17	39	SÍ		SÍ	parto vaginal	
69	17	38	NO			parto vaginal	
70	17	39	SÍ	1		parto vaginal	
71	17	41	SÍ			parto vaginal	
72	17	39	NO	1		parto vaginal	
73	17	39	NO			parto vaginal	
74	17	40	SÍ	1		parto vaginal	
75	17	40	SÍ			parto vaginal	
76	17	39	SÍ			parto vaginal	
77	17	39	NO			parto vaginal	
78	17	40	SÍ			parto vaginal	
79	17	40	SÍ			parto vaginal	
80	17	39	SÍ			parto vaginal	
81	17	40	SÍ			parto vaginal	
82	17	38	NO	1		parto vaginal	
83	17	39	NO			parto vaginal	
84	17	42	SÍ			cesárea	
85	17	38	SÍ			parto vaginal	
86	17	40	SÍ			cesárea	
87	17	40	SÍ			cesárea	
88	17	39	SÍ			cesárea	
89	17	39	SÍ	2		cesárea	
90	17	38	SÍ			parto vaginal	
91	17	39	SÍ	1		cesárea	

92	17	40	SÍ			parto vaginal	
93	17	40	NO	1		parto vaginal	
94	17	39	NO	2	SÍ	parto vaginal	
95	17	36	NO			parto vaginal	
96	17	37	NO			parto vaginal	
97	17	42	NO			cesárea	
98	17	40	SÍ			parto vaginal	
99	17	34	SÍ			parto vaginal	
100	17	39	SÍ			parto vaginal	
101	17	37	SÍ	1		parto vaginal	
102	17	36	NO	1		parto vaginal	parto extrainstitucional
103	17	34	NO			parto vaginal	
104	17	38	SÍ			parto vaginal	
105	17	39	SÍ			parto vaginal	
106	17	39	NO			parto vaginal	
107	17	38	NO			parto vaginal	
108	17	39	SÍ			parto vaginal	
109	17	37	SÍ	1		cesárea	
110	17	41	SÍ	1		cesárea	
111	17	39	SÍ	1		cesárea	
112	17	38	SÍ			parto vaginal	
113	17	40	SÍ	1		parto vaginal	
114	17	33	NO			cesárea	distocia
115	17	39	SÍ			parto vaginal	
116	17	37	SÍ			parto vaginal	
117	17	40	SÍ			cesárea	
118	17	37	SÍ			parto vaginal	
119	17	40	SÍ			parto vaginal	
120	17	39	SÍ			cesárea	
121	17	40	SÍ			parto vaginal	
122	17	36	SÍ	1		parto vaginal	
123	17	37	SÍ			parto vaginal	
124	17	39	SÍ			parto vaginal	
125	18	40	SÍ			parto vaginal	
126	18	37	SÍ			parto vaginal	
127	18	39	SÍ	1		parto vaginal	
128	18	39	SÍ			parto vaginal	
129	18	39	SÍ			parto vaginal	
130	18	41	SÍ			parto vaginal	
131	18	37	SÍ			parto vaginal	
132	18	40	SÍ			parto vaginal	
133	18	38	SÍ			cesárea	rotura prematura de membranas
134	18	41	SÍ			parto vaginal	
135	18	38	SÍ			parto vaginal	
136	18	39	NO	1		parto vaginal	
137	18	39	NO	1		parto vaginal	
138	18	38	SÍ			parto vaginal	
139	18	38	SÍ			parto vaginal	
140	18	41	SÍ			cesárea	
141	18	38	SÍ			parto vaginal	
142	18	36	SÍ			parto vaginal	

143	18	39	SÍ	1		parto vaginal	
144	18	38	SÍ			parto vaginal	
145	18	38	SÍ			parto vaginal	
146	18	40	NO			parto vaginal	
147	18	40	NO	1		parto vaginal	
148	18	40	NO	1		parto vaginal	
149	18	40	SÍ		SÍ	parto vaginal	
150	18	37	SÍ			parto vaginal	RCIU
151	18	40	SÍ			parto vaginal	polihidramnios
152	18	39	SÍ			parto vaginal	
153	18	39	SÍ			parto vaginal	
154	18	39	SÍ	2		parto vaginal	muerte fetal
155	18	39	NO	1		parto vaginal	
156	18	37	NO	1		parto vaginal	
157	18	40	SÍ	2		parto vaginal	
158	18	40	SÍ			parto vaginal	
159	18	39	SÍ			cesárea	distocia
160	18	39	SÍ	1		parto vaginal	
161	18	37	NO	2		cesárea	
162	18	39	SÍ			parto vaginal	
163	18	38	NO			parto vaginal	
164	18	37	SÍ			parto vaginal	
165	18	40	NO			parto vaginal	
166	18	37	NO	1		parto vaginal	
167	18	37	SÍ			parto vaginal	
168	18	36	SÍ			parto vaginal	
169	18	39	NO			parto vaginal	
170	18	36	SÍ	1		parto vaginal	
171	18	39	SÍ			parto vaginal	
172	18	37	NO			parto vaginal	
173	18	40	SÍ			parto vaginal	
174	18	40	SÍ			parto vaginal	
175	18	39	SÍ	1		cesárea	
176	18	39	NO			parto vaginal	
177	18	40	SÍ	1		parto vaginal	
178	18	40	SÍ			parto vaginal	
179	18	40	NO			parto vaginal	
180	18	38	SÍ			parto vaginal	
181	18	38	NO	1		parto vaginal	
182	18	40	SÍ	1		parto vaginal	
183	18	37	NO			cesárea	anomalías congénitas del feto
184	18	40	SÍ	1		parto vaginal	
185	18	39	SÍ			parto vaginal	
186	18	39	SÍ			cesárea	macrosomía fetal
187	18	40	SÍ			parto vaginal	
188	18	39	SÍ			parto vaginal	
189	18	39	SÍ			parto vaginal	
190	18	38	NO	1		parto vaginal	
191	18	41	SÍ			parto vaginal	
192	18	39	SÍ			parto vaginal	
193	18	39	NO	1		parto vaginal	

194	18	34	NO			parto vaginal	
195	18	39	SÍ			cesárea	
196	18	39	SÍ			parto vaginal	
197	18	41	NO	2		parto vaginal	
198	18	40	NO			parto vaginal	
199	18	37	NO	1		parto vaginal	
200	18	41	SÍ			parto vaginal	
201	18	40	SÍ			parto vaginal	
202	18	39	SÍ			cesárea	
203	18	39	SÍ			parto vaginal	
204	18	39	SÍ			cesárea	
205	18	41	SÍ			cesárea	
206	19	37	SÍ			parto vaginal	
207	19	40	SÍ			parto vaginal	
208	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
209	19	38	NO	2		parto vaginal	
210	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
211	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
212	19	39	SÍ			parto vaginal	
213	19	39	SÍ	2		parto vaginal	
214	19	38	NO	1		parto vaginal	
215	19	36	SÍ			cesárea	embarazo gemelar
216	19	39	NO	1		parto vaginal	
217	19	40	SÍ			parto vaginal	
218	19	39	NO			parto vaginal	
219	19	40	SÍ			parto vaginal	
220	19	41	NO	1		parto vaginal	
221	19	39	SÍ			parto vaginal	
222	19	39	SÍ	1		cesárea	
223	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
224	19	40	NO	1		parto vaginal	
225	19	37	SÍ			parto vaginal	
226	19	39	SÍ	1	SÍ	parto vaginal	
227	19	37	SÍ			parto vaginal	preeclampsia
228	19	39	SÍ	1	SÍ	parto vaginal	
229	19	39	SÍ	1		parto vaginal	
230	19	40	SÍ			parto vaginal	
231	19	39	NO	2		parto vaginal	
232	19	39	SÍ	2		parto vaginal	
233	19	39	SÍ			parto vaginal	
234	19	40	NO			parto vaginal	
235	19	40	SÍ			parto vaginal	
236	19	35	SÍ			cesárea	
237	19	38	SÍ	2		cesárea	
238	19	36	SÍ		SÍ	parto vaginal	
239	19	35	NO			cesárea	
240	19	40	SÍ	2		cesárea	
241	19	38	NO			parto vaginal	
242	19	36	SÍ	2		cesárea	
243	19	41	NO			cesárea	
244	19	41	SÍ	1		cesárea	

245	19	37	SÍ	1		parto vaginal	
246	19	39	NO	1		parto vaginal	
247	19	39	NO	1		parto vaginal	
248	19	30	NO	2		parto vaginal	
249	19	35	NO			parto vaginal	
250	19	39	SÍ			parto vaginal	
251	19	38	NO			parto vaginal	
252	19	39	NO			parto vaginal	
253	19	39	SÍ			parto vaginal	
254	19	40	NO	1		parto vaginal	
255	19	40	SÍ	2		parto vaginal	
256	19	39	SÍ	2		parto vaginal	
257	19	38	SÍ			parto vaginal	
258	19	35	NO	2	SÍ	parto vaginal	
259	19	41	SÍ			parto vaginal	
260	19	40	NO	1		parto vaginal	
261	19	39	NO			parto vaginal	
262	19	38	SÍ			parto vaginal	
263	19	40	SÍ			parto vaginal	
264	19	37	SÍ	1		cesárea	
265	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
266	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
267	19	40	SÍ			cesárea	
268	19	39	SÍ	2		parto vaginal	
269	19	37	SÍ	1		cesárea	preeclampsia
270	19	40	SÍ	1		cesárea	
271	19	30	SÍ	1		cesárea	RCIU + preeclampsia
272	19	40	SÍ			parto vaginal	
273	19	39	SÍ			parto vaginal	
274	19	40	SÍ			parto vaginal	
275	19	31	SÍ	1		parto vaginal	
276	19	39	SÍ			parto vaginal	
277	19	38	SÍ	1		parto vaginal	
278	19	41	SÍ	1		parto vaginal	
279	19	39	SÍ	1		parto vaginal	
280	19	38	NO	1		parto vaginal	
281	19	40	SÍ	1		parto vaginal	
282	19	40	SÍ			parto vaginal	
283	19	38	SÍ			parto vaginal	