

Trabajos Originales

Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015.

Alejandra Rosas S.M.¹, Pamela Martínez U.², María José Canessa B.³, Álvaro Insunza F.⁴, Daniella Cayazzo M.¹

¹ Ginecóloga y Obstetra, Hospital Padre Hurtado

² Residente ginecología y obstetricia programa FOREAPS, Hospital Padre Hurtado

³ Ginecología Infantil y de la Adolescencia, Hospital Padre Hurtado

⁴ Jefe de Servicio Ginecología – Obstetricia Hospital Padre Hurtado

RESUMEN

Objetivo Principal: Evaluar prevalencia de adolescentes multíparas >2, en la población atendida en Hospital Padre Hurtado.

Materiales y método: Estudio de cohorte retrospectivo, con información extraída de la ficha electrónica de partos e intervenciones, realizados entre 2005-2015 HPH. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel y luego analizados en el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.

Resultados: Se atendieron 62.656 partos y hubo 5.770 eventos gestacionales que requirieron alguna intervención, de éstas, 14.030 (20,5%) ocurrieron en pacientes menores de 20 años y 356 (0,52%) en menores de 15 años. El número de multíparas fue de 940 (10,3% de mujeres con embarazo adolescente).

En el caso de primigestas <15 años, 68 presentaron más de un embarazo durante su adolescencia (19,3% de embarazadas). El período intergestacional tuvo una mediana en 3 años (rango 1 – 6 años). Cuando una adolescente <15 años se embaraza por primera vez, tiene un OR de 2,25 (IC 95%: 1.71-2.95; X²: 35,46; p<0,001) de volver a embarazarse durante su adolescencia, en relación a las adolescentes que se embarazan por primera vez después de los 15 años. En cuanto a intervenciones, al comparar ambos grupos, las menores de 15 años tienen un OR 2,75 de que al embarazarse, requieran cirugía.

Conclusión: La frecuencia de embarazo adolescente evaluada, es superior a la nacional y mundial. Cuando el primer embarazo ocurre <15 años, éstas tienen mayor riesgo de presentar un segundo embarazo durante la adolescencia. Una medida de prevención secundaria, es la utilización de MAC en el puerperio inmediato, idealmente LARCs.

PALABRAS CLAVE: reembarazo adolescente, LARCs, período intergestacional, multípara adolescente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of multiparous adolescents, in the population that had their births at Hospital Padre Hurtado.

Methods: Retrospective cohort study, with information taken from the electronic database of the center, Birth data and Interventions, between 2005 and 2015. The data was tabulated in Microsoft Excel and the analysis was done with IBM SPSS 22 version.

Results: It occurred 62,656 deliveries and 5,770 pregnancies that ended in an intervention, from the total, 14,030 (20.5%) occurred in girls under 20 years and 356 (0.52%) under 15 years old (yo). The number of multiparous was 940 (10.3% of all of the adolescent pregnancies).

For first time pregnant under 15 yo, 68 had a reiterative pregnancy among their adolescence (19.3% of pregnant <15 yo). The median time between pregnancies was 3 years (range 1- 6 years). When a girl <15 yo gets pregnant for the first time, she has an OR of 2.25 (IC 95%: 1.71-2.95; X²: 35,46; p<0,001) of getting pregnant again during adolescence compared to girls that get pregnant between 15-18 yo.

About interventions, the group under 15yo had an OR 2.75 (in Chile all forms of abortions are illegal) compared with the group above 15 years, of requiring surgery when pregnant.

Conclusions: The frequency of adolescent pregnancy analyzed, is above the national and international publications. Plus, if the pregnancy occurs under 15 yo, they have a greater chance of having another teenage pregnancy. An effective secondary prevention could be administration of contraception during immediate postpartum, ideally LARCs.

KEYWORDS: teenage pregnancy, LARCs, multiparous, interpregnancy interval

INTRODUCCIÓN

Contexto del problema actual:

La Adolescencia corresponde al periodo comprendido entre los 10-19 años. Ésta a su vez se subclasifica en tres categorías: temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años).¹

En Chile, según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) el año 2012², la población adolescente en nuestro país era de 2.716.838, correspondiendo al 15,6% de la población total; de ésta, el 52% corresponde a grupo entre 15-19 años y 48% de 10-14 años, y el 51% son hombres y 49% mujeres.

El inicio de la vida sexual y su exploración es una esfera de vital importancia en la salud, tanto por el riesgo de que ocurra un embarazo no planificado, como por la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. En Chile, según la 7^ª encuesta de la INJUV³, el 49% de adolescentes declara haber iniciado su vida sexual, siendo la edad de inicio promedio de 16,4 años en hombres y 17,1 años en mujeres, refiriendo un 26% activos a los 15 años. Cabe destacar, que el inicio de la actividad sexual difiere entre los distintos estratos socioeconómicos, siendo más precoz en niveles socioeconómicos más bajos. **(Anexo 1)**

En nuestro país, según datos estadísticos de DEIS y MINSAL del año 2012, de los usuarios de método anticonceptivo solo un 0,9% (12.767 personas) corresponden a adolescentes menores de 15 años y un 12,9% (172.850) entre 15-19 años⁴. El método de elección en este grupo etario, son predominantemente métodos hormonales, siendo en

más de un 40% anticonceptivos hormonales orales combinados, seguido de inyectable combinado **(Anexo 2)**.

Para el período comprendido entre el 2011-2020 se mantiene como objetivo sanitario nacional, la reducción del embarazo adolescente, teniendo como meta *“Disminuir en un 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años”*.

En nuestro país, del total de nacidos vivos hasta el año 2012, el 14,4% (35.184) correspondieron a madres adolescentes, siendo la gran mayoría mayores de 15 años (34.305 nacidos vivos de madres entre 15-19 años y 879 entre 10-14 años)⁵ **(Anexo 3)**

Impacto del embarazo adolescente en la esfera biopsicosocial.

A nivel mundial, el embarazo y parto, son la segunda causa de muerte de mujeres entre 15-19 años⁶. En Chile, la mortalidad materna en adolescentes en el período entre 2000 y 2012, fue de un 5,6% en mujeres entre 15 y 19 años y 0,2% en menores de 15 años⁷. La causa más frecuente en menores de 20 años es la hipertensión en el embarazo, seguida de enfermedades intercurrentes⁸.

Según datos del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) del año 2009, el 80% de las madres adolescentes deserta del sistema escolar. Ese año, hubo 39.240 deserciones de mujeres adolescentes y 1980 de hombres adolescentes, por razón de paternidad.

En cuanto a la esfera psicológica, estudios muestran que las madres adolescentes tienen una mayor tendencia a presentar depresión, tanto durante el

embarazo como en el post parto, comparado con mujeres adultas. A su vez, esto es un factor de riesgo para abuso de sustancias y alcohol⁹.

Nivel socio económico y embarazo adolescente.

Según los datos de la encuesta CASEN 2011 y análisis de la situación actual de embarazo adolescente realizado por el MINSAL el 2013, destaca que las comunas de La Pintana, San Ramón, La Granja y Cerro Navia, son las comunas que concentran el mayor índice de pobreza de la zona urbana, y a su vez tienen tasas totales de embarazo adolescente que van de un 17 a 21%, comparado con comunas de Vitacura, Providencia y Las Condes, que tienen los menores índices de pobreza en Chile, quienes no superan el 3% de embarazo adolescente. **(Anexo 4 al 6).**

Según la 6ª Encuesta Nacional de la Juventud, en la primera relación sexual en el quintil más pobre solo un 39,3% utilizó un método anticonceptivo versus un 76% en el quintil más rico. Esta diferencia también se mantiene, cuando se consulta respecto del uso de anticonceptivo en su última relación sexual.

En la revisión Cochrane 2016, se evidencia que la educación y promoción disminuyen el embarazo adolescente (RR 0.66, 95% CI 0.50 a 0.87)¹⁰.

Prevención secundaria del embarazo adolescente:

El uso de LARCs, ha demostrado disminuir la tasa de embarazo no deseado, al tener una tasa de falla anual de 0,2% para el dispositivo intrauterino (DIU) medicado (Mirena®) y 0,05% el Implanon® en el primer año de uso¹¹. El estudio CHOICE¹², trabajo prospectivo en donde se les realizó consejería de MAC a jóvenes con seguimiento a 1 año, ofreciendo el método que quisieran sin costo, demostró que 67% eligió un LARC. Además, evidenció que la adherencia a éstos fue de 81% el primer año, versus un 44% en los otros métodos (anticonceptivos orales, anillo, inyectable o parche)¹³. Un seguimiento a tres años de este mismo grupo, mostró que existía continuidad de uso de 67,2% de LARC y tan solo de 31% en las pacientes no usuarias de LARCs¹⁴.

En el estudio prospectivo de la Dra. Tocce en embarazadas adolescentes, se aprecia que la inserción de Implanon® en el postparto asegura un 100% de pacientes con MAC previo al reinicio de la actividad sexual, dado la facilidad de su inserción durante el puerperio inmediato, a diferencia del grupo de pacientes que eligieron utilización de DIU medicado. En éstas, la inserción fue en promedio a los

70 +/-11 días, momento en que más de la mitad de las niñas ya había iniciado actividad sexual. Es por esto, que este grupo recomienda la utilización de implante transdérmico previo al alta, o bien el uso transitorio de otro MAC a la espera de la inserción del DIU, como por ejemplo progestágeno inyectable¹⁵.

Cabe destacar que según los criterios de elegibilidad de la OMS actualizados el 2015¹¹, todos los LARCs ahora se encuentran en categoría 2 cuando se quieren utilizar <6semanas postparto.

Dentro de los factores de riesgo y protectores, mujeres que son dadas de alta sin MAC, tuvieron 1,4 veces más riesgo de un segundo embarazo adolescente¹⁶. El acudir a un control a las 8 semanas de puerperio y el uso de LARCs fueron factores protectores, teniendo un OR de segundo embarazo de 0,1 Implanon® y 0,3Mirena®¹⁶.

Perfil sociodemográfico de la población estudiada

El Servicio Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) atiende al 19,9% de la población de la región metropolitana. El Hospital Padre Hurtado (HPH) está localizado en la comuna de San Ramón, y es parte de la red asistencial del SSMSO. En este centro se atiende la población de las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón, que cuentan con 386.882 habitantes, lo que representa el 37% de la población total del SSMSO. El 95% de la población de estas 3 comunas es beneficiaria de FONASA. De la población adolescente inscrita en estas comunas, hasta Diciembre del 2012, había un total de 14.821 mujeres entre 10 y 14 años y 16.183 mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

En este estudio, se caracterizará la población de adolescentes con embarazos reiterados durante la adolescencia atendidas en Hospital Padre Hurtado, a modo de hacer evidente la brecha existente en esta área y la necesidad de establecer estrategias orientadas a reducir las inequidad, como sería la instauración de un programa de anticoncepción precoz en el puerperio y consejería en prevención secundaria.

Materiales y Método

Estudio de cohorte retrospectivo de embarazos con parto ocurrido en el Hospital Padre Hurtado entre 1 de enero 2005 y 31 de diciembre 2015.

La información fue obtenida de la base de datos electrónica de partos de la institución y de la base de datos de ginecología, intervenciones, donde se extrajo información de gestas no viables: abortos, embarazos ectópicos y sospechas de mola. Queda excluido del análisis los embarazos que terminaron en aborto completo, ni embarazos ectópicos de manejo médico, ya que no se dispone de dicha información en la base ginecológica de procedimientos.

Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel, donde se realizó mediante filtros y fórmulas, extracción de los datos a analizar y luego se realizó análisis en el paquete estadístico IBM SPSS versión 22. Se estableció como nivel de significación estadística un valor $p < 0,05$.

Las variables analizadas fueron: edad materna, número de partos y vía, legrados, salpingectomías y laparotomías exploradoras, tipo de gesta (único vs múltiple) e intervalo comprendido entre embarazos. Se excluyeron del análisis a gestantes adolescentes cuyos partos consecutivos, fuesen a una edad mayor a 19 años.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y chi cuadrado.

RESULTADOS

En el período analizado, se atendieron 62.656 partos, de los cuales 62.080 correspondieron a embarazos únicos y 570 a embarazos múltiples (Tabla N° 1). En este período de tiempo, hubo 5.770 eventos gestacionales que requirieron alguna intervención ginecológica. Por lo tanto, en el intervalo observado, ocurrieron 68.426 gestaciones. De éstas, 14.030 (20,5%) ocurrieron en pacientes menores de 20 años y 356 (0,52%) en menores de 15 años.

Para el adecuado análisis de multiparidad, se consideró el número de mujeres y no de eventos gestacionales. Para evaluar la ocurrencia de un segundo embarazo antes de los 20 años, no se analizaron primigestas de 19 años, ya que su segundo parto no estaría comprendido en el período de interés de este estudio. (Tabla N° 2)

El número de mujeres que presentaron más de un embarazo adolescente en el lapso analizado, fue de 940 de un universo de 9.149 (10,3% de mujeres con embarazo adolescente), siendo 898 multíparas de 2 y 42 multíparas de 3. Con un periodo intergestacional promedio de 1,9 años con una mediana en 2 años (rango 9 meses -6 años).

Para comparar mujeres cuyo primer embarazo ocurrió sobre o bajo los 15 años, es que se ha confeccionado la Tabla N° 3. En el caso de primigestas <15 años, 68 presentaron más de un embarazo durante su adolescencia (19,3% de embarazadas <15 años), siendo 59 mujeres multíparas de 2 y 9 multíparas de 3. El período intergestacional promedio fue de 3,2 años, con una mediana en 3 años (rango 1 – 6 años).

Cuando una adolescente <15 años se embaraza por primera vez, tiene un OR de 2,25 (IC 95%: 1.71-2.95; X^2 : 35,46; $p < 0,001$) de volver a embarazarse durante su adolescencia, que si su primer embarazo fuese entre los 15-19 años.

En cuanto a intervenciones, el grupo <15 años, posee un OR 2,75, lo que quiere decir que al presentar un embarazo, tienen un riesgo casi 3 veces mayor de que éste termine en alguna intervención, que si el primer embarazo ocurre >14 años.

DISCUSIÓN

El estudio analiza una década de embarazos ocurridos en el Hospital Padre Hurtado, centro asistencial que atiende las 3 comunas con mayor deserción escolar, mayor índice de pobreza y mayor número de embarazos adolescentes a nivel país.

La frecuencia de embarazo adolescente identificada en nuestra población fue de 20,5%, la que se encuentra por sobre el nivel país (15,6%, MINSAL), América latina y el Caribe (18% UNFPA 2013) y del nivel mundial (11%, OMS 2014).

Con los datos existentes, no es posible establecer si es que existía planificación familiar previa al embarazo, que tipo, ni adherencia a ésta. Independientemente de no contar con esa información, los datos existentes en la literatura establecen que dos tercios de los segundos embarazos en adolescentes no son planificados¹⁷.

La frecuencia de segundo embarazo en adolescentes en nuestra población fue de 10,2%, cifra que se encuentra muy por debajo de lo descrito en las publicaciones extranjeras que reportan cifras de hasta un 35%^{17 y 18}. Contrasta con este resultado el sub-análisis realizado en adolescentes <15 años, donde la tasa de reembarazo es cercana al 20%.

Respecto de la vía de parto, la población adolescente tiene un índice de cesárea inferior al 17%, cifra cercana a la recomendación de la OMS (15%). La tasa de cesáreas en población general en Chile alcanza un 40,5% en el sistema público y 76% en el sistema

privado¹². Estudios realizados en el HPH, muestran que la frecuencia de cesárea entre 2004 y 2014 fue de 25,3% en población general¹⁹.

El impacto de un segundo embarazo en la mujer adolescente no puede más que amplificar el efecto deletéreo del primer embarazo adolescente: menor nivel socioeconómico, menor desarrollo educacional y profesional, y mayor índice de pobreza. Además, los hijos de madres adolescentes tienen mayor mortalidad infantil, menor rendimiento escolar, mayor probabilidad de crecer en una familia monoparental, mayor riesgo de estar implicados en abuso de drogas y alcohol y de ser ellos mismos padres adolescentes²⁰.

La mediana de este estudio correspondiente al período intergestacional es de 3 años en pacientes menores de 15 años, resultados que son similares a los obtenidos en estudio realizado en el Hospital Luis Tisné el año 2006, que identificó un período intergenésico promedio de 28 meses (3,1 años)²¹.

Es fundamental que se fortalezcan las estrategias de prevención del embarazo adolescente. Se sugiere promover la consejería de MAC durante el embarazo, pudiendo ésta realizarse en una unidad especializada y la administración precoz de un LARC en el puerperio inmediato.

CONCLUSIÓN

La población estudiada, tiene una tasa de embarazo adolescente superior al nivel país y mundial. Además, cuando el primer embarazo ocurre a una edad inferior a los 15 años, éstas tienen mayor riesgo de presentar un segundo embarazo durante la adolescencia, que las que se embarazan después de los 15 años. Una medida efectiva para prevención de nuevos embarazos, es la utilización de métodos anticonceptivos en el puerperio inmediato¹⁶, por lo que se recomienda en el puerperio, previo al alta hospitalaria, la realización de consejería y entrega del método anticonceptivo. Cabe destacar la altísima eficacia y la excelente adherencia de LARCs en esta población, por lo que son una excelente estrategia para prevenir o bien aumentar el período intergenésico de embarazos no planificados.

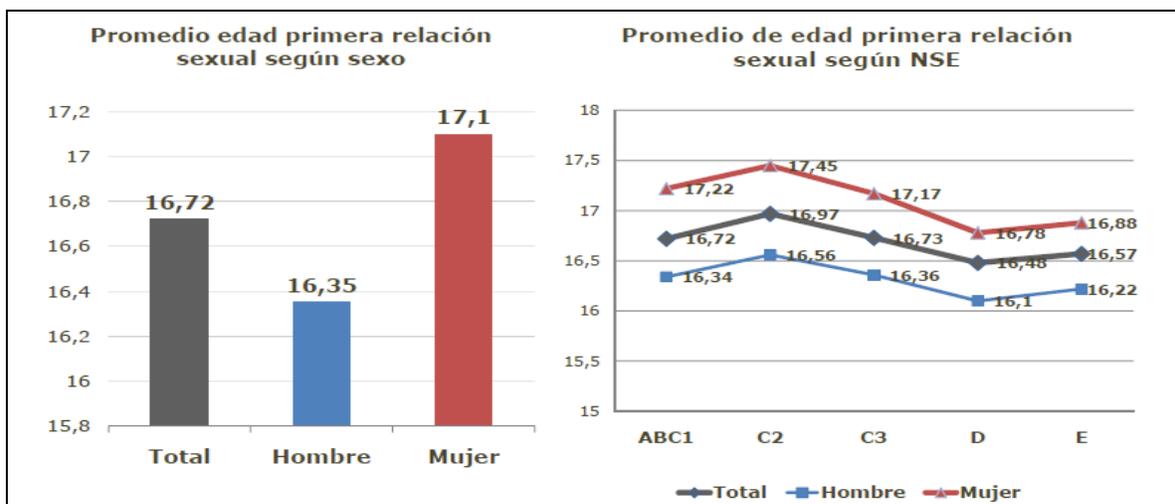
BIBLIOGRAFÍA

1- Cecilia Breinbauer, Matilde Maddaleno. A new approach to classifying adolescent developmental stages. Youth: Choices and change, Promoting healthy behaviors in adolescents. Washington,

- D.C.: Pan American Health Organization; 2005.p. 257-68.
- 2- Estadísticas demográficas. Instituto Nacional de Estadísticas 2012- CENSO
 - 3- Séptima Encuesta Nacional de la Juventud, Instituto Nacional de la Juventud. Chile: INJUV; 2012. Ministerio de desarrollo social- Gobierno de Chile.
 - 4- Departamento de Estadísticas e Información de Salus (DEIS) Ministerio de Salud dic 2012. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
 - 5- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS - MINISTERIO DE SALUD. Indicadores básicos de salud Chile 2014. <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf>
 - 6- OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)
 - 7- Guía perinatal 2015, MINSAL. http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIAPERINATAL_2015_PARA_PUBLICAR.pdf
 - 8- Enrique Donoso S., Jorge A. Carvajal C. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio., Rev. méd. Chile vol.140 no.10 Santiago oct. 2012
 - 9- Rebecca S. Siegel, Anna R. Brandon. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. J Pediatr Adolesc Gynecol 27 (2014) 138e150.
 - 10- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review). Cochrane 2016
 - 11- Fifth edition, 2015 medical eligibility criteria for contraceptive use, WHO
 - 12- Gina M. Secura, Jenifer E. Allsworth, Tessa Madden, Jennifer L. Mullersman, Jeffrey F. Peipert. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010 Aug; 203(2): 115.e1–115.e7.
 - 13- Jessica R. Rosenstock, Jeffrey F. Peipert, Tessa Madden, Qihong Zhao, Gina M. Secura. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. obstet gynecol. 2012 december ; 120(6): 1298–1305.
 - 14- Justin T. Diedrich, Qihong Zhao, Tessa Madden, Gina M. Secura, Jeffrey F. Peipert. Three-year

- continuation of reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:662.e1-8
- 15-K. Tocce, J. Sheeder, J. Python, S.B. Teal. Long Acting Reversible Contraception in Postpartum Adolescents: Early Initiation of Etonogestrel Implant is Superior to IUDs in the Outpatient Setting *J Pediatr Adolesc Gynecol* 25 (2012) 59e63
- 16-Lauren F. Damle, Amir C. Gohari, Anna K. McEvoy, Sameer Y. Desale, Veronica Gomez-Lobo Early initiation of postpartum contraception: does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents? *J pediatr adolesc gynecol* 28 (2015) 57e62.
- 17-Maureen K. Baldwin, Alison B. Edelman. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: a review. *Journal of adolescent health* 52 (2013) s47es53.
- 18-Lucy N. Lewis, Dorota A. Doherty, Martha Hickey, S. Rachel Skinner. Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy.. *Contraception* 81 (2010) 421–426.
- 19-Rodrigo Latorre, Francisca Pais, Andrés Valenzuela, Ricardo Gómez, Alvaro Insunza. Labor management based on clinical guidelines: a management model to reduce c-section and hipoxic-ischemic encephalopathy rate. *Presentación FIGO* 2015.
- 20-Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Issues in adolescent health and development: adolescent pregnancy. Geneva (CH): WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development; 2004. 7.. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child* 2009;94:239–45.
- 21-Díaz A.M., Silva M.S., Mandiola C.M. Aspectos bio-sociales en múltiparas adolescentes. ¿Dónde intervenir? *Contribuciones al V Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia- Sheraton Santiago- Hotel & Convention Center* 31 de Agosto al 2 Septiembre de 2006.

Anexo 1: Situación actual del embarazo adolescente en Chile 2012



Fuente: Gráfico del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de VI Encuesta Nacional de la Juventud, INJUV 2009

Anexo 2: Distribución porcentual de población adolescente bajo control y tipo de método de regulación de fecundidad, según grupo etario, SNSS, Diciembre 2012

Métodos		Población bajo control Menor de 15 años	% bajo control menor 15 años	Población bajo control 15 - 19 años	% bajo control 15-19 años
D.I.U		1.782	14,0	19.275	11,2
Hormonal	Oral Combinado	5.380	42,1	75.904	43,9
	Oral Progestágeno	516	4,0	7.800	4,5
	Inyectable Combinado	2.525	19,8	34.770	20,1
	Inyectable Progestágeno	455	3,6	10.499	6,1
	Implante	991	7,8	15.051	8,7
Preservativo	Mujeres	779	6,1	5.904	3,4
	Hombres	339	2,7	3.647	2,1
Total		12.767	100,0	172.850	100,0

Fuente: Elaboración Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Depto. Ciclo Vital, según datos DEIS-MINSAL, 2012

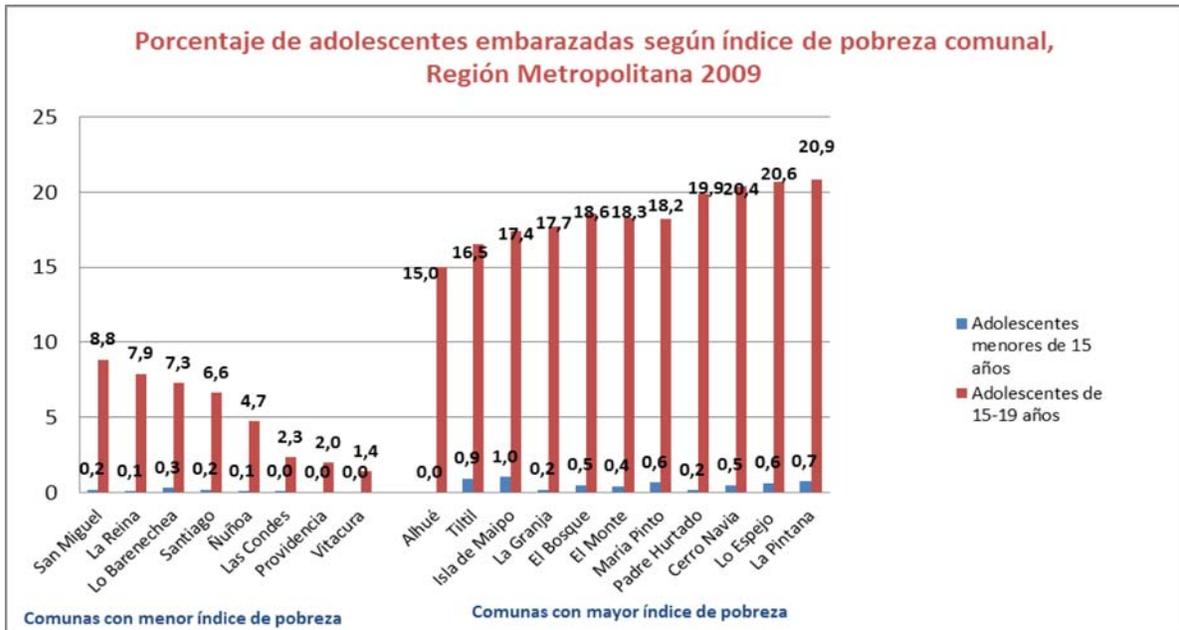
Anexo 3: Porcentaje de embarazadas adolescentes del total de nacidos vivos, Chile 2005-2012.

Año	Total de nacidos vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	Porcentaje total madres adolescentes
2005	230.831	935	0,40	35.143	15,22	36.078	15,62
2006	231.383	954	0,41	36.816	15,91	37.770	16,32
2007	240.569	955	0,39	38.650	16,06	39.605	16,45
2008	246.581	1025	0,42	39.902	16,18	40.927	16,60
2009	252.240	1075	0,43	39.627	15,71	40.702	16,13
2010	250.643	963	0,38	38.047	15,18	39.010	15,56
2011*	247.358	927	0,37	36.102	14,59	37.029	14,96
2012*	241.775	874	0,36	34.026	14,05	34.900	14,42

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, 2013.

* Cifras preliminares 2011-2012, entregadas por DEIS 2013.

Anexo 4: Porcentaje de embarazadas adolescentes según índice de pobreza comunal, RM, 2009



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2011

Anexo 5: Porcentaje de embarazos en adolescentes comunas urbanas Región Metropolitana, según índice de pobreza, 2010

COMUNA	Índice de Pobreza (%)	Total Nacidos Vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	% total de madres adolescentes
La Pintana	30	3.615	27	0,7%	754	20,9%	781	21,6%
La Granja	25,9	2.036	4	0,2%	360	17,7%	364	17,9%
San Ramón	24,8	1.613	6	0,4%	326	20,2%	332	20,6%
Renca	19,1	2.267	10	0,4%	422	18,6%	432	19,1%
Quilicura	18,2	3.370	11	0,3%	470	13,9%	481	14,3%
Cerro Navia	18,1	2.113	10	0,5%	431	20,4%	441	20,9%
Huechuraba	17,8	1.695	6	0,4%	220	13,0%	226	13,3%
Pudahuel	17	3.608	13	0,4%	567	15,7%	580	16,1%
San Bernardo	15,7	5.128	17	0,3%	865	16,9%	882	17,2%
Lo Espejo	15,7	1.739	11	0,6%	359	20,6%	370	21,3%
Macul	15,4	1.536	5	0,3%	190	12,4%	195	12,7%
Puente Alto	13,6	8.747	36	0,4%	1.426	16,3%	1462	16,7%
San Joaquín	13,5	1.243	3	0,2%	189	15,2%	192	15,4%
La Cisterna	13,5	1.140	3	0,3%	161	14,1%	164	14,4%
El Bosque	13,2	2.758	13	0,5%	513	18,6%	526	19,1%
Lo Prado	13	1.627	5	0,3%	265	16,3%	270	16,6%
P.Aguirre Cerda	12,8	1.600	9	0,6%	284	17,8%	293	18,3%
Conchalí	11,4	1.974	4	0,2%	301	15,2%	305	15,5%
Recoleta	10,1	2.450	14	0,6%	376	15,3%	390	15,9%
Peñalolen	10,1	4.039	18	0,4%	655	16,2%	673	16,7%
La Florida	9,8	5.115	19	0,4%	628	12,3%	647	12,6%
Estación central	9,2	1.804	5	0,3%	236	13,1%	241	13,4%
Independencia	8,7	1.190	2	0,2%	136	11,4%	138	11,6%
Santiago	7,4	4.409	9	0,2%	292	6,6%	301	6,8%
Cerrillos	7,4	1.173	7	0,6%	175	14,9%	182	15,5%
Quinta Normal	6,4	1.605	5	0,3%	197	12,3%	202	12,6%
Maipú	5,6	7.418	26	0,4%	990	13,3%	1016	13,7%
San Miguel	4,6	1.234	3	0,2%	109	8,8%	112	9,1%
Barnechea	4,3	1.306	4	0,3%	95	7,3%	99	7,6%
Ñuñoa	2,7	2.338	2	0,1%	111	4,7%	113	4,8%
Vitacura	1,9	1.219	0	0,0%	17	1,4%	17	1,4%
La Reina	1,8	936	1	0,1%	74	7,9%	75	8,0%
Las Condes	1,1	3.627	1	0,0%	85	2,3%	86	2,4%
Providencia	0	1.714	0	0,0%	34	2,0%	34	2,0%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2010

Anexo 6: Porcentaje de embarazos en adolescentes comunas rurales Región Metropolitana, según índice de pobreza, 2010

COMUNA	Índice de Pobreza (%)	Total Nacidos Vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	Porcentaje total de madres adolescentes
Padre Hurtado	18,4	634	1	0,2%	126	19,9%	127	20,0%
El Monte	17,7	482	2	0,4%	88	18,3%	90	18,7%
Isla de Maipo	17,1	482	5	1,0%	84	17,4%	89	18,5%
Lampa	16,9	1.237	2	0,2%	186	15,0%	188	15,2%
Curacaví	14,7	398	0	0,0%	56	14,1%	56	14,1%
Talagante	14,7	1.006	6	0,6%	182	18,1%	188	18,7%
Paine	14,6	912	3	0,3%	136	14,9%	139	15,2%
Pirque	13,3	308	2	0,6%	36	11,7%	38	12,3%
Calera de Tango	12,8	311	1	0,3%	40	12,9%	41	13,2%
San José de Maipo	12	208	3	1,4%	40	19,2%	43	20,7%
Colina	10,9	2.028	16	0,8%	343	16,9%	359	17,7%
Tiltil	9,8	218	2	0,9%	36	16,5%	38	17,4%
Buín	9,5	1.345	6	0,4%	194	14,4%	200	14,9%
Melipilla	9,2	1.678	9	0,5%	249	14,8%	258	15,4%
San Pedro	8,7	88	1	1,1%	15	17,0%	16	18,2%
Peñaflor	8	1.233	6	0,5%	194	15,7%	200	16,2%
Alhué	7,4	140	0	0,0%	21	15,0%	21	15,0%
María Pinto	4,8	154	1	0,6%	28	18,2%	29	18,8%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS-Minsal, 2010 - Casen 2009- Fundación para la superación de la pobreza 2010

Tabla 1: Total de Gestas en Hospital Padre Hurtado 2005-2015

	Parto			Intervenciones	Total
	Total	Simple	Múltiple		
Total gestas	62.656	62.080	570	5.770	68.426
<20años	13.205	13.130	75	825	14.030 (20,5%)
<15años	321	319	2	35	356 (0,52%)

Tabla 2: Mujeres que se embarazaron entre 2005-2015 en HPH

	Total de mujeres
Total	54.209
<20años	13.177
<19años	9149
<15 años	352

Tabla 3: Comparación de mujeres cuyo 1er embarazo fue según grupo etario

	<15 años	15-18 años	Chi2	Fisher	P	OR	IC 95%
Edad (mediana rango)	14 años	17 años			<0.001		
	(rango 8-14)	(rango 15-18)					
Total gestas *	356	9.171					
Intervenciones ^	35	350	31,98		<0.001	2,75	1.91-3.96
Nº total de partos &	321	8.821	31,97		<0.001	0,36	0.25-0.52
PV	239 (74,4%)	6384 (72,3%)	0,99		0,32	0,89	0.71-1.12
Cesárea	46 (14,3%)	1490 (16,8%)	2,8		0,09	0,77	0.56-1.05
Fórceps	36 (11,2%)	947 (10,7%)	0,02		0,9	0,98	0.69-1.39
Nº de mujeres emb #	352	8.797					
≥ 2embarazos	68 (19,3%)	872 (9,9%)	35,46		<0.001	2,25	1.71-2.95
M2	59 (16,7%)	839 (9,5%)	22,13		<0.001	1,97	1.48-2.63
M3	9 (2,5%)	33 (0,3%)	36,71		<0.001	7,18	3.4-15.13
Emb únicos	317	8401	2,89		0,89	0,75	0.53-1.05
Emb múltiples	2	46		0,25	0,7	1,12	0.27-4.64
Edad Gest. (mediana)	39 sem	39sem			0,23		
	(rango 20-42sem)	(rango 20-43sem)					
Periodo Intergestacional	3años	2 años					
(mediana)	(rango 1-6años)	(rango 9meses-4años)			<0.001		
*: nº absoluto de partos y de intervenciones							
^: Incluye legrados, salpingectomias y lap exploradoras.							
&: nº total de partos							
#: nº de mujeres que se embarazaron (considera a multíparas como una). Incluye partos e intervenciones							