

Trabajo Original

Prevención del Embarazo Reiterado en Adolescentes: una Experiencia Clínica Exitosa

Prevention of repeated pregnancy in teenagers: A successful experience

Andrea von Hoveling Schindler ¹, Emilia Larrea Schindler ², Constanza Norambuena Narváez ³, Lilian Carrasco Leal ⁴.

¹ Ginecóloga Pediátrica y de la Adolescencia, Hospital El Carmen de Maipú y Clínica Santa María. Docente Universidad Finis Terrae.

² Estudiante de Medicina, Universidad Mayor

³ Ginecóloga-Obstetra, Hospital El Carmen de Maipú y Clínica RedSalud Providencia. Docente Universidad Finis Terrae.

⁴ Ginecóloga Pediátrica y de la Adolescencia, Hospital Exequiel González Cortés, Clínica Indisa.

Correspondencia: Dra. Andrea von Hoveling Schindler

Correo electrónico: andreavonh@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el embarazo adolescente tiene consecuencias para la madre y su hijo/a. Además del riesgo propio de la gestación índice, ser madre en esta etapa vital predice la ocurrencia de otra(s) gestación(es) antes de cumplir 20 años, lo que aumenta aún más la vulnerabilidad de todo el grupo familiar. La evidencia actual señala que el inicio postparto inmediato de un método anticonceptivo de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés: long acting reversible contraceptive) es la intervención más efectiva para prevenir el embarazo reiterado en adolescentes.

Objetivos: evaluar la estrategia de iniciar un LARC inmediato post parto en un hospital público de la región metropolitana de nuestro país.

Métodos: en el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada de Maipú se realiza consejería en anticoncepción a todas las madres adolescentes y se les ofrece inicio de implante anticonceptivo previo al alta. Durante el 2015 el 53.4% de las púerperas adolescentes decidieron iniciar implante (Implanon®) en forma inmediata. El 2017 se logró contactar a 92 pacientes de este grupo: un 90.3% se mantenía usando el mismo método. De las adolescentes que se lo habían retirado, todas reportaban uso de algún otro método anticonceptivo. En el grupo intervenido no hubo ningún nuevo embarazo, en el grupo control (sin anticoncepción postparto) se observó un 7% de gestaciones reiteradas durante el periodo evaluado.

Conclusiones: el inicio de un método LARC en el postparto inmediato parece ser una herramienta exitosa para reducir de la tasa de embarazo repetido en la adolescencia.

Palabras claves: embarazo adolescente repetido, anticoncepción de larga duración, LARC.

ABSTRACT

Introduction: adolescent pregnancy has consequences for the mother and her child. In addition to the risk of the index pregnancy, being a mother at this stage of life predicts the occurrence of other pregnancies before the age of 20, which further increases the vulnerability of the entire family group. Current evidence suggests that immediate postpartum initiation of long-acting reversible contraceptive (LARC) is the most effective intervention to prevent repeat pregnancy in adolescents.

Objectives: to evaluate the strategy of starting an immediate postpartum LARC in a public hospital in the metropolitan region of our country.

Methods: at the Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada de Maipú, contraception counseling is given to all adolescent mothers and they are offered the start of a contraceptive implant before discharge. During 2015, 53.4% of adolescent puerperal women decided to start an implant (Implanon®) immediately. In 2017, 92 patients from this group were contacted: 90.3% continued using the same method. Of the adolescents who had withdrawn it, all reported use of some other contraceptive method. In the intervened group there were no new pregnancies, in the control group (without postpartum contraception) 7% of repeated pregnancies were observed during the evaluated period.

Conclusions: the initiation of a LARC method in the immediate postpartum seems to be a successful tool to reduce the rate of repeat pregnancy in adolescence.

Keywords: adolescent (teenage) pregnancy, long term contraception, LARC

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el embarazo adolescente es aquél que ocurre en mujeres entre 10 y 20 años y es considerado un problema multidimensional y relevante a nivel mundial¹. Más de un 80% de las gestaciones en este grupo etario son no planeadas y/o no deseadas², lo que implica que no hay acceso real a herramientas para prevenir gestaciones pese a la vigencia de la ley 20.418³, que explicita el derecho de cualquier persona a recibir información y métodos anticonceptivos, sin importar su edad.

La maternidad durante la adolescencia puede ser analizado desde diversas perspectivas: en el ámbito biomédico importa su relación a la morbilidad materno-infantil, desde la perspectiva de género es relevante que la principal afectada por sus consecuencias sea la mujer, y también se considera un indicador de desarrollo dada su estrecha relación con determinantes sociales. Es también considerado reproductor de desigualdad social: además de ser un fenómeno de mayor ocurrencia en países y regiones de menores ingresos, perpetúa la desigualdad por cuanto profundiza las condiciones de vulnerabilidad en la madre y sus hijos^{1,4,5}.

Muchos países del mundo han intentado disminuir las cifras de embarazo adolescente¹. Entre los

múltiples riesgos que éste conlleva podemos mencionar una mayor morbilidad materna e infantil⁴⁻¹¹, menores proyecciones académico-laborales para la madre y su(s) hijo(s)^{4,6,7,12}, mayor riesgo de violencia intrafamiliar¹³, y menor grado de satisfacción con la vida por parte de estas jóvenes madres¹⁴. Los riesgos son inversamente proporcionales a la edad materna, observándose más consecuencias negativas en las gestaciones que ocurren en menores de 15 años^{10,11,15}. Tal es la importancia de reducir el embarazo adolescente que el centro para control y prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés, Centers for Disease Control and Prevention) la declaró una de las “batallas ganables” de la actualidad¹⁶, y Chile incorporó esta meta dentro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020¹⁷. Más de un 80% de las gestaciones en las adolescentes son no planificadas, por lo que proporcionar las herramientas para diferir su maternidad constituye, además de un acto concreto para mejorar el pronóstico de niños y niñas, asegurar un ejercicio de derechos en cuanto a sexualidad y reproducción.

Desde el 2008 se ha observado una disminución sostenida de las tasas de embarazo adolescente

llegando a 14,4% el 2012¹⁸ (Tabla 1) Esto es un porcentaje menor que en el resto de América Latina y el Caribe, donde los últimos registros de la Organización de Naciones Unidas hablan de un 18%¹⁹. Si bien las cifras son alentadoras, preocupa el hecho de que la reducción se ha dado mayormente en sectores socioeconómicos altos^{4,20}, lo que implica que menores (las madres y sus hijos) pertenecientes a los quintiles de menores ingresos están viendo acentuada su condición de vulnerabilidad.

Una gestación en la adolescencia es un factor predictor de futuras gestaciones en esta etapa de la vida y, a su vez, el riesgo bio-psicosocial se ve aumentado al repetir una a gestación antes de cumplir los 20 años. Lo anterior se explica por diversos factores. Primero, las madres adolescentes tienen mayor riesgo de periodo intergenésico breve, esto es, un periodo menor a 24 meses entre ambos embarazos²¹, cuyos riesgos perinatales están ampliamente descritos²². Por otra parte, la madre sigue siendo adolescente, por lo que se mantienen las características de comportamiento sexual y los riesgos biomédicos propios del embarazo en esta etapa de la vida ²³⁻²⁵. Además, el hijo mayor puede sufrir las consecuencias de que su madre tenga a un recién nacido bajo su cuidado, muchas veces teniendo menores periodos de estimulación y atención exclusiva, y eventualmente sufriendo la suspensión de su propia lactancia. La exposición de las madres a adolescentes a situaciones de riesgo de una nueva gestación es frecuente y temprana: datos internacionales muestran que más de un 50% de ellas reinicia actividad sexual durante los primeros 3 meses tras el parto, más de la mitad sin usar anticoncepción^{23,26,27}. En nuestro país, la frecuencia de actividad sexual sin protección en madres adolescentes que no desean un nuevo embarazo alcanza un 55.6%, según la única encuesta conocida efectuada en usuarias de consultorios del sector norte de la capital²⁶. La repetición de las gestaciones, como cabe esperar, es un evento común: según distintos reportes internacionales fluctúa entre un 25 y un 42% durante los primeros dos años desde el primer parto^{23,24,26,28}. Si bien en Chile no existen cifras globales al respecto, se cuenta con la información de que un 9.2% de las madres adolescentes ya son múltiparas¹⁸. En dos estudios de distintos sectores de

la capital, ambas comunas de bajos ingresos, la multiparidad alcanzó un 15.6%²⁶. y un 10.27% del total de las madres adolescentes, respectivamente. En estas últimas, el periodo intergenésico promedio fue de 1.9 años²⁹. No hay datos de embarazos terminados en aborto.

Si bien hay un porcentaje de adolescentes que planifica una nueva gestación, la mayoría de las veces ésta no es deseada²⁴. Dado que la madre mantiene la impulsividad y sentimiento de invulnerabilidad propios de la adolescencia, es frecuente que no evite efectivamente un embarazo pese a no desearlo³⁰. Es fundamental acoger esta realidad para poder planificar estrategias efectivas, tanto por el bienestar de la adolescente como por el de su hijo/a²⁴.

Aun conociendo los riesgos y consecuencias de la multiparidad en la adolescencia, son mínimas las políticas de prevención del embarazo reiterado. Al momento de iniciarse esta experiencia clínica en 2015, la única referencia al respecto en los diferentes documentos ministeriales era en el manual del programa “Chile Crece Contigo”. Este menciona la necesidad de “fomentar la prevención de un segundo embarazo en madres adolescentes” durante la visita domiciliaria integral, sin que se aclaren los detalles de esta conversación ni la modalidad de acceso a los métodos anticonceptivos disponibles³¹. En las normas de regulación de la fertilidad publicadas en 2018 se contempla el inicio de un método de larga duración en el postparto inmediato en población vulnerable, incluyendo a las adolescentes menores de 15 años, y también de 15 a 19 años en caso de otro factor de riesgo psicosocial agregado³².

Enfocarse en intervenir activamente al grupo de madres adolescentes no debiera ser algo difícil de hacer: se trata de adolescentes motivadas e insertas en el sistema de salud, cuyo entorno ya ha asumido el inicio de su actividad sexual. La hospitalización obstétrica puede ser considerada una ventana de oportunidad para la toma de acciones preventivas en cuanto a actividad sexual responsable, considerando que la adolescente está motivada, abierta a conversar, y pasará necesariamente varios días en contacto estrecho con profesionales idóneos para asesorarla³³.

Existen múltiples estudios internacionales que muestran que el inicio postparto inmediato de anticoncepción es la intervención de mayor efectividad al momento de prevenir una nueva gestación. Y a este respecto, tanto el momento de inicio como el método de elección son claves. La evidencia es categórica en demostrar que la estrategia más efectiva es el inicio inmediato tras el parto, y de que la elección sea de un LARC del inicio postparto inmediato de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés: long acting reversible contraception)³⁴. La superioridad de los LARC (dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes subdérmicos) está dada por la mayor efectividad intrínseca del método, las mayores tasas de continuidad y la independencia de la usuaria, lo que hace que no haya diferencia entre el uso habitual y el uso perfecto. La probabilidad de un embarazo no deseado en un año es 20 veces menor en usuarias de LARC que en mujeres que utilizan métodos de administración frecuente (anillo, comprimidos y parches). Esta diferencia es especialmente relevante en usuarias adolescentes, en las que la tasa de falla de los métodos de administración frecuente es aún más alta que en las adultas³⁵⁻³⁷. Por lo anterior, la OMS los categoriza entre los métodos más seguros, con efectividad comparable a la esterilización quirúrgica³⁸.

MÉTODOS

Desde la inauguración de la maternidad del Hospital el Carmen de Maipú en agosto de 2014 el equipo mostró una especial sensibilidad hacia temáticas relevantes de la adolescencia, por lo que existió la factibilidad para diseñar una estrategia con el fin de evitar un segundo embarazo adolescente.

Durante 2015 se realizó consejería anticonceptiva en toda puérpera menor de 20 años del hospital con el fin de ofrecer anticoncepción reversible de larga duración antes del alta hospitalaria. Esta consejería fue realizada por las ginecólogas encargadas del proyecto y las matronas capacitadas de la unidad de Puerperio, en forma confidencial y privada, entregando la información científicamente adecuada como exigen la ley 20.418 y la ética. De acuerdo a las directrices de atención para adolescentes basadas en la evidencia, se utilizó un estilo de comunicación

directa y amigable, priorizando la información considerada más relevante^{35,39}. Se respetó el principio de autonomía y se abordaron todos los métodos anticonceptivos disponibles en nuestro sistema de salud, explicando la efectividad, temporalidad de inicio y compatibilidad con el puerperio y la lactancia³⁷. Si la paciente un método que no se pudiera iniciar de inmediato, se daban las indicaciones habituales, esto es abstinencia sexual y discusión posterior del método anticonceptivo con su matrn/a en el nivel de atención primaria.

A aquellas puérperas adolescentes que elegían iniciar un método anticonceptivo previo al alta hospitalaria se les ofrecía el implante anticonceptivo disponible en nuestro centro. En caso de adolescentes mayores de 18 años, el consentimiento informado para el procedimiento de inserción fue firmado sólo por ellas, y en las menores de 18 años se solicitó la firma de la usuaria y de su respectivo adulto responsable (padre o madre, salvo en caso de cuidado personal otorgado a otra persona por un tribunal de familia). Cuando no se pudo proporcionar anticoncepción antes del alta hospitalaria, se llamó activamente a estas pacientes y se las citó prontamente para realizar la inserción de Implanon® en forma ambulatoria. Para efectos de análisis, se consideró inicio temprano a todas aquellas pacientes que iniciaron el uso del método previo a las 4 semanas postparto.

Desde el año 2015, cada año se monitorean los datos de partos totales y adolescentes a través de los registros de partos realizados en forma mensual en la maternidad, sin que sea necesario acceder a las fichas clínicas. Durante el año 2017 se realizó un rescate de los datos de pacientes que habían elegido anticoncepción LARC antes del alta hospitalaria durante el año 2015 y se comparó con grupo que habían decidido discutir la anticoncepción posterior a su alta, a nivel de atención primaria de salud. Los datos obtenidos se tabularon y son los que se presentan en este trabajo.

Se contactó a las madres entre 12 y 18 meses después del parto (por vía telefónica, redes sociales o mediante datos del consultorio de origen). Todas las contactadas accedieron a participar en el estudio.

Si bien no era parte de los objetivos iniciales, el análisis de los partos permitió analizar la tendencia del embarazo adolescente en la comuna.

RESULTADOS

Durante el año 2015 hubo un total de 2.787 partos en nuestro centro, de los cuales 440 (15.8%) fueron de madres adolescentes de entre 12 y 19 años. De éstas, un 15% tenía una gestación previa. Tanto el porcentaje de partos como de multiparidad adolescente fueron más altos que el promedio nacional¹⁸. (Tabla 1)

En la unidad de Puerperio se realizó consejería a un total de 235 adolescentes en las condiciones previamente descritas de privacidad y priorizando los métodos de mayor efectividad, considerando siempre las condiciones de salud de cada paciente para identificar posibles contraindicaciones. Del total, un 53.4% decidió iniciar implante en forma inmediata. De éstas, un 91.9% recibieron el implante previo al alta. En los casos restantes no se pudo realizar la inserción durante la hospitalización por motivos de fuerza mayor, y fueron llamadas para recibir el anticonceptivo de su elección lo más pronto posible posterior al alta. Cabe destacar que entre las madres menores de 15 años (35 partos), un 85% de ellas aceptó el implante inmediato y todas lo recibieron en la unidad de Puerperio.

Se contactó a 93 pacientes del grupo de inicio precoz de implante, llamando a los teléfonos disponibles en la ficha. En este grupo de adolescentes no se identificó ningún nuevo embarazo. El 90.3% se mantenía usando el mismo método, y de las adolescentes restantes todas reportaban uso de algún otro anticonceptivo. No se cuenta con información sobre los métodos utilizados por estas usuarias.

De la misma manera se contactó a 92 adolescentes que no habían tenido inicio temprano de implante. De éstas, un 39% no utilizaba ningún tipo de anticoncepción al momento del seguimiento. Un 32,6% utilizaba un método de corta duración y un 28,2% un LARC. Se observó un 7% de gestaciones reiteradas durante el periodo evaluado (entre 12 y 18 meses transcurridos desde el momento del parto).

El análisis de las cifras globales de la comuna mostró una baja sostenida del porcentaje de partos en adolescentes durante los años siguientes: 14.3% en

2016 (380 de un total de 2659 partos), 10.5% en 2017 (269 de un total de 2555 partos), 9.6% en 2018 (284 de los 2951 partos totales), y 7.7% en 2019 (229 de un total de 3132 partos). Asimismo, la multiparidad dentro de las adolescentes ingresadas para tener un parto disminuyó desde un 15% en el 2015 a un 9.7% en 2016 y a 7.1 % durante el 2017. Se apreció un alza de un 13.5% durante el año 2018 y luego una disminución nuevamente del 10% durante el año 2019. TABLA 2.

DISCUSIÓN

Como concepto general, la incorporación de la consejería anticonceptiva fue bien recibida tanto por los profesionales como por las adolescentes y su entorno. Se observó que las adolescentes que con mayor frecuencia recibieron un implante previo al alta fueron las menores de 15 años, lo que lleva a pensar que habría una mayor sensibilidad por parte de los profesionales, de las pacientes y eventualmente de sus familiares hacia la prevención de embarazos en estas madres. Si bien esto está en línea con la evidencia disponible y con las directrices del Ministerio de Salud,^{32,34-37,40} consideramos que se debiera considerar como vulnerable a toda madre adolescente y, por tanto, incluirlas en cualquier estrategia preventiva.

Si bien la adolescencia no constituye contraindicación para el uso de ningún método anticonceptivo, las altas tasas de efectividad y continuidad hacen que los LARC, métodos de larga duración, sean la primera recomendación para mujeres menores de 25 años³⁵. El perfil favorable de los LARC se mantiene cuando se trata de prevenir un embarazo reiterado, lo que contrasta con otros métodos anticonceptivos en que la falla en madres adolescentes es aún más alta que en la adolescencia en general^{23,24,27,28,38}. Además, ningún LARC de ellos está contraindicado en el puerperio, incluso en caso de lactancia materna^{37,41}.

Tanto los implantes subdérmicos como los DIU son alternativas similares en cuanto a su efectividad. Se optó por utilizar implantes debido a la posibilidad de realizar la inserción en cualquier momento del puerperio. El DIU postparto inmediato, en cambio, tiene una ventana de inicio más corta: lo ideal es realizar la inserción en el postparto inmediato, antes

de transcurridos 10 minutos desde el alumbramiento. Dado que se trata de una alternativa altamente efectiva y de bajo costo, debiera ser incorporada dentro de la cartera de servicios. Se deben aumentar los esfuerzos que permitan la consejería prenatal y la capacitación de profesionales para transformar esta alternativa en una estrategia factible de realizar⁴².

El momento de comenzar el método anticonceptivo de larga duración es relevante: el inicio inmediato hace una diferencia significativa para el acceso efectivo a anticoncepción^{34,40,42}. Es frecuente que un porcentaje importante de puérperas nunca inicie anticoncepción pese a no planificar una nueva gestación, presumiblemente (al menos en parte) por las distintas dificultades que enfrenta para buscar atención estando a cargo de un recién nacido. Además, hay reportes de adolescentes que acuden ya embarazadas a su primer control (generalmente a las 6 semanas postparto) demostrando que esta instancia puede ser tardía incluso en caso de buena adherencia a la atención en salud²³.

Todo lo anterior converge en una estrategia bautizada como IPLARC (immediate postpartum long acting reversible contraception)^{41,43}, es decir, inicio de un método de larga duración en el postparto inmediato. Si bien esto es de especial utilidad en mujeres en situaciones vulnerables, cada vez más se considera un estándar de atención que debiera ser informado a toda puérpera para permitirle tomar una decisión basada en la mejor evidencia disponible.

Nuestra experiencia muestra la factibilidad y utilidad de iniciar un LARC en el postparto inmediato. Dado que el Hospital El Carmen es en todo similar a otros centros de salud chilenos, creemos que estos beneficios podrían ser extrapolables a la realidad nacional en general^{34-37,40}. El sistema de salud pública de nuestro país cuenta con la estructura y los recursos para ejercer acciones concretas en la ventana de oportunidad que constituye una hospitalización obstétrica: la adolescente tendrá acceso a profesionales idóneos tanto para informarla sobre anticoncepción como para iniciar el método de su preferencia. Y, si bien los hospitales habitualmente no cuentan con anticonceptivos suficientes para distribuir a gran escala, esto es fácilmente subsanable acordando la redistribución de los insumos con el Servicio de Salud correspondiente. Dado que se trata

de una redistribución y no de una mayor compra de insumos, los beneficios de esta estrategia no implican aumento de costos.

Las diferencias entre el grupo que inicio anticoncepción previa al alta hospitalaria y el grupo con anticoncepción habitual son evidentes, aunque no se pudo efectuar una comparación estadística por tener cero ocurrencias de embarazo en el grupo intervenido.

La continuación del implante al año de seguimiento fue muy similar a experiencias internacionales^{34,40}. Además de esto, es relevante la observación de que la totalidad de las adolescentes que había abandonado el implante estaba utilizando otro método: el hecho de que el retiro del implante deba ser realizado por un profesional de la salud ofrece una segunda oportunidad de consejería y reflexión, permitiendo el inicio de otro método efectivo en caso de que la usuaria lo desee⁴⁴.

Otro punto llamativo fue la disminución sostenida de un 30% en el porcentaje de partos en menores de 20 años en el hospital El Carmen de Maipú. No contamos con las cifras nacionales oficiales de estos mismos años, por lo que no podemos hacer conclusiones definitivas. Si podemos conjeturar que -al menos en parte- esta tendencia puede deberse a un “efecto rebaño”, en que la información de métodos accesibles y efectivos llegó a otras adolescentes a través de sus pares. Esta modalidad de aumentar el alcance de las intervenciones está ampliamente descrita en este grupo etario^{36,44}.

Se observó un alza de la multiparidad observada en 2018. Si bien no tenemos elementos claros que lo expliquen, consideramos que puede atribuirse, al menos en parte, a la caducidad de los primeros implantes, la incorporación de nuevos consultorios de la comuna y a la hospitalización de pacientes de otras áreas por necesidades de centros asistenciales de otras comunas, que fue mayor durante dicho año.

Las limitaciones de esta experiencia son múltiples. No hay registro de los motivos que llevaron a algunas puérperas a rechazar el inicio del método, siendo factible que esto se haya debido en algunos casos al deseo de un pronto nuevo embarazo. El bajo porcentaje de adolescentes contactadas se explicaría por la falta de registro de número de contacto y también por frecuentes cambios de número telefónico

y eventualmente al uso creciente de otras formas de comunicación que utiliza este grupo etario como las redes sociales. Al no estar esto previsto, no se tomaron dichos datos para permitir el contacto posterior.

Dado que sólo se analizaron datos de nuestro centro hospitalario, no podemos descartar que alguna adolescente haya tenido un parto reiterado fuera de nuestra red, ya sea por atención en forma privada o por cambio de comuna. Tampoco tuvimos acceso a otros datos como nivel de educación o relación de pareja al momento del parto, lo que sin duda habría sido interesante de analizar.

No se incorporó en forma consistente a adolescentes convalecientes de abortos y embarazos ectópicos. Esto fue corregido a corto andar, pero no pudo ser considerado para el análisis.

Si bien el inicio postparto inmediato de anticonceptivos de larga duración es la estrategia más efectiva para prevenir un embarazo reiterado en la adolescencia^{34,40,42}, esto no puede implicar que se dejen fuera otros conceptos como la educación, la inserción de la diada madre-hijo en el sistema de salud, la reincorporación de la madre en el sistema escolar y la pesquisa de otras situaciones de riesgo asociadas con la adolescencia. Como en todo, la prevención en adolescencia debe ser tratada de manera integral.

Finalmente quisiéramos destacar la importancia de incluir en la consejería la prevención de infecciones de transmisión sexual. Si bien esto se efectuó por distintos profesionales, no se estableció dentro de la consejería estandarizada.

CONCLUSIONES

La estrategia de iniciar un método anticonceptivo reversible de larga duración parece ser aplicable y efectiva para prevenir el embarazo adolescente reiterado en nuestro sistema de salud. Confiamos en que esta experiencia pueda ser replicada en otros centros para probar su utilidad en distintas realidades de nuestro país y, eventualmente, se transforme en una política de salud que beneficie a las madres adolescentes y a sus hijos.

AGRADECIMIENTOS

A las jefaturas de servicio de Ginecología durante el período 2014-2015, Drs. Bárbara Aguilera y Pedro Barrios. A Yazmin García (SSMC, 2014) por permitirnos acceder a los métodos anticonceptivos necesarios. Al estamento matrones/as del HEC en su totalidad, especialmente a Patricia Arenas, Paula Rivera, Marcela Fuentealba, Carol Salazar, Johanna Chandía, Leonardo Ibacache, Paulina Zarate y Carolina Ayala.

REFERENCIAS

1. Organization world health. The Health of Young People.; 1993. <http://www.itu.int/en/bynd2015/Documents/bynd2015-global-youth-declaration-en.pdf>.
2. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84(5):478-485. doi:10.1016/j.contraception.2011.07.013
3. Norma T, Nacional C. Ley 20.418, Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad. *Congr Nac Chile*. 2014:17-20. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>.
4. Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, Morales A, Martínez A. Teen pregnancy in Chile: A look to communal sociodemographic inequality. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(6):490-508. doi:10.4067/S0717-75262019000600490
5. Molina S M, Ferrada N C, Pérez V R, Cid S L, Casanueva E V, García C A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Med Chil*. 2004;132(1):65-70. doi:10.23857/pc.v3i7.571
6. Morinis J, Carson C, Quigley MA. Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: a population-based cohort study. *Arch Dis Child*. 2013;98(12):959-964. doi:10.1136/archdischild-2012-302525
7. Moffitt TE. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(6):727-742. doi:10.1111/1469-7610.00082
8. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization

- multicountry study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121:40-48. doi:10.1111/1471-0528.12630
9. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. *N Engl J Med.* 1995;332(17):1113-1118. doi:10.1056/NEJM199504273321701
 10. OTTERBLADOLAUSSON P, CNATTINGIUS S, GOLDENBERG R. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol.* 1997;89(3):451-457. doi:10.1016/S0029-7844(97)00009-4
 11. Socolov D-G, Iorga M, Carauleanu A, et al. Pregnancy during Adolescence and Associated Risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007–2014) in Romania, the Country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. *Biomed Res Int.* 2017;2017:1-8. doi:10.1155/2017/9205016
 12. Coory M. Trends in birth rates for teenagers in Queensland, 1988 to 1997: an analysis by economic disadvantage and geographic remoteness. *Aust N Z J Public Health.* 2000;24(3):316-319. doi:10.1111/j.1467-842X.2000.tb01575.x
 13. Harrykisson SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and Patterns of Intimate Partner Violence Among Adolescent Mothers During the Postpartum Period. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(4):325. doi:10.1001/archpedi.156.4.325
 14. Ministerio de Desarrollo Social, Social M de D. Informe de desarrollo social 2015. 2015:250.
 15. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million Births. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012;25(2):98-102. doi:10.1016/j.jpag.2011.09.004
 16. Winnable CDC, Final B. Trends in Teen Pregnancy Winnable Battle Indicator Considerations in Choosing Teen Pregnancy as Winnable Battle Challenges / Obstacles CDC Contributions in Teen Pregnancy Winnable Battle. 2015:2009-2011. <https://www.cdc.gov/winnablebattles/report/teen-pregnancy.html>.
 17. Chile M de S. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf>.
 18. Diaz Michelena G. Situación actual del embarazo adolescente. *Minist Salud Chile.* 1992;4(2):8-9. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7d4fe040010164010db3.pdf>.
 19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNFPA, UNICEF. Acelerar El Progreso Hacia La Reducción En La Adolescencia En América Latina y El Caribe.; 2016. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 20. Rodríguez Vignoli, Jorge; Páez, Katherine; Ulloa, Consuelo; Cox L. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. *CEPAL-Serie Población y Desarrollo.* 2017;(No. 116):63. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41135-reproduccion-la-adolescencia-chile-la-desigualdad-continua-urgen-politicas>.
 21. Boardman LA, Allsworth J, Phipps MG, Lapane KL. Risk Factors for Unintended Versus Intended Rapid Repeat Pregnancies among Adolescents. *J Adolesc Heal.* 2006;39(4):597.e1-597.e8. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.03.017
 22. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes. *JAMA.* 2006;295(15):1809. doi:10.1001/jama.295.15.1809
 23. Lewis LN, Doherty DA, Hickey M, Skinner SR. Predictors of sexual intercourse and rapid-repeat pregnancy among teenage mothers: an Australian prospective longitudinal study. *Med J Aust.* 2010;193(6):338-342. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854238>.
 24. Baldwin MK, Edelman AB. The Effect of Long-Acting Reversible Contraception on Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents: A Review. *J Adolesc Heal.* 2013;52(4):S47-S53. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.10.278
 25. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with

- first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 2001;323(7311):476-476. doi:10.1136/bmj.323.7311.476
26. González A E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(5):354-359. doi:10.4067/s0717-75262016000500002
 27. Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. A village would be nice but *Am J Prev Med*. 2001;21(1):60-65. doi:10.1016/S0749-3797(01)00316-6
 28. Raneri LG, Wiemann CM. Social Ecological Predictors of Repeat Adolescent Pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(1):39-47. doi:10.1363/3903907
 29. Rosas S.M. A, Martínez U. P, Canessa B. MJ, Insunza F. Á, Cayazzo M. D. Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(4):361-372. doi:10.4067/s0717-75262017000400361
 30. Gillmore MR, Gilchrist L, Lee J, Oxford ML. Women Who Gave Birth as Unmarried Adolescents: Trends in Substance Use from Adolescence to Adulthood. *J Adolesc Heal*. 2006;39(2):237-243. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.007
 31. Moraga C. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. *Chile Crece contigo*. 2009:120.
 32. Ministerio de Salud C. Normas Nacionales Sobre Regulación de La Fertilidad.; 2018.
 33. Meade CS, Ickovics JR. Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Soc Sci Med*. 2005;60(4):661-678. doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.015
 34. Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. April 2017. doi:10.1002/14651858.CD011913.pub2
 35. Secura GM, Madden T, McNicholas C, et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *N Engl J Med*. 2014;371(14):1316-1323. doi:10.1056/NEJMoa1400506
 36. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1998-2007. doi:10.1056/NEJMoa1110855
 37. Tolaymat LL, Kaunitz AM. Long-acting contraceptives in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19(5):453-460. doi:10.1097/GCO.0b013e3282ef1cd2
 38. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta edición. 2015:1-14. doi:10.1016/j.transci.2013.02.043
 39. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying Counseling Needs of Nulliparous Adolescent Intrauterine Contraceptive Users: A Qualitative Approach. *J Adolesc Heal*. 2013;52(3):293-300. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.07.004
 40. Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(6):481.e1-481.e7. doi:10.1016/j.ajog.2012.04.015
 41. Moniz MH, Chang T, Davis MM, Forman J, Landgraf J, Dalton VK. Medicaid Administrator Experiences with the Implementation of Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. *Women's Heal Issues*. 2016;26(3):313-320. doi:10.1016/j.whi.2016.01.005
 42. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HA. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. June 2015. doi:10.1002/14651858.CD003036.pub3
 43. Hill A V., Nehme E, Elerian N, et al. Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception Programs in Texas Hospitals Following Changes to Medicaid Reimbursement Policy. *Matern Child Health J*. 2019;23(12):1595-1603. doi:10.1007/s10995-019-02763-y

44. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Heal.* 2013;52(5):517-522. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.03.002.

TABLAS

Tabla 1. Comparación entre aquellas mujeres que recibieron un método anticonceptivo post parto temprano y aquellas que lo recibieron en según la norma habitual.

	Implante post parto	Manejo Habitual (%)
Nº de Pacientes	93	92
Nuevo Embarazo	0	7
MAC a los 12 meses	93	60,6
LARCs	90,3	28
No Larcs	9,7	32,6

MAC: Método Anticonceptivo; LARCs: Long Acting Reversible Contraception/ Anticoncepción Reversible de Larga Duración

Tabla 2. Total de partos comparados con los partos adolescentes por año. Diferencia en el porcentaje de partos adolescentes del total de partos y el de multiparas adolescentes, por año.

Año	2015	2016	2017	2018	2019
Partos totales	2787	2659	2555	2951	3132
Partos Adolescentes	440	380	269	284	229
Porcentaje de partos adolescentes del total	15,8%	14,3%	10,5%	9,6%	7,7%
Porcentaje de multiparas adolescente	15%	9,7%	7,1%	12,6%	10%

Se muestra además la importante disminución del porcentaje de partos adolescentes del total de parto y la disminución de multiparas adolescentes.