



PREVALENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES ESCOLARES EN LA CIUDAD DE CARTAGENA. FEBRERO A JUNIO DE 2010

PREVALENCE OF PREGNANCIES IN ADOLESCENT STUDENTS IN THE CITY OF CARTAGENA. FEBRUARY - JUNE 2010

Arrieta Hoyos Jaime Andrés¹, Ramos Clason Enrique Carlos², Murillo María Angélica³, Mercado Ramírez Kelly L.³, Silgado la - Neve Otto³, Velásquez Álvarez Karina³, Villadiego García Vinyelys³

Correspondencia: jarrietahoyos@hotmail.com

Recibido para evaluación: julio – 15 – 2010 – Aceptado para publicación: septiembre – 15 – 2010

RESUMEN

Objetivos: determinar la prevalencia de embarazos en una población de adolescentes escolares de tres colegios de la ciudad de Cartagena, y estimar su posible asociación con algunas variables sociodemográficas y de conductas sexuales.

Metodología: estudio de corte transversal, los datos se obtuvieron por medio de una encuesta realizada a 638 estudiantes adolescentes del sexo femenino. Los datos fueron almacenados y analizados por medio del programa estadístico EPI – INFO versión 3.5.1.

Resultados: el 26.2% de las adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta, y de estas el 27,5% tuvieron su primera relación sexual a los 15 años. La prevalencia de embarazo de las adolescentes escolares fue de 4,4%. El inicio de vida sexual antes de los 16 años es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes (OR 3,4; IC 95% 1,1 – 10,9).

Conclusiones: se requieren mayores investigaciones para obtener un diagnóstico preciso de los complejos factores y dimensiones que intervienen en la salud reproductiva de los jóvenes en el país, así como desarrollar herramientas que promuevan una sexualidad armoniosa y responsable. **Rev.cienc.biomed; 1 (2): 162 - 167**

PALABRAS CLAVES

Adolescente. Embarazo en adolescencia. Planificación familiar. Conducta sexual.

SUMMARY

Objective: to determine the prevalence of pregnancies in a population of adolescent students in three schools in the city of Cartagena, and estimate their possible association with sociodemographic characteristics and sexual behaviors.

Methodology: we conducted a cross-sectional study, data were collected through a survey of 638 female adolescent students. Data were stored and analyzed using statistical program Epi Info version 3.5.1.

Results: 26.2% of girls had had sex at the time of the survey, and of these 27.5% had their first intercourse at age 15. The prevalence of teenage pregnancy schools was 4.4%. The first sexual intercourse before 16 years is a risk factor for teen pregnancy (OR 3.4, 95% CI 1.1 to 10.9).

¹ Médico. Ginecólogo – Obstetra. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico. Magister en Salud Pública. Profesor de cátedra Departamento de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia

³ Estudiantes de pregrado. Internado rotatorio. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

Conclusions: *further research is required to obtain an accurate diagnosis of complex factors and dimensions involved in the reproductive health of young people in the country, so as to develop tools to promote a harmonious and responsible sexuality.*

KEYWORDS

Adolescent. Pregnancy in adolescence. Family planning. Family. Sexual behavior.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la época de transición desde la niñez a la vida adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19), además considera el embarazo en la mujer menor de 19 años de alto riesgo; en concordancia con lo anterior la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el concepto de madre adolescente como aquella que tuvo su primer hijo antes de los 20 años (1). Una de cada cinco personas en todo el mundo es adolescente, para un total aproximado de 1.300 millones, siendo esta la mayor generación de jóvenes registrada en la historia (2). En Colombia, la población actual de adolescentes corresponde a 20% del total de la población, se estima que hay aproximadamente 9 millones de adolescentes, de los cuales 4.600.000 son mujeres (3, 4).

En este contexto, la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es de gran importancia por los riesgos y los daños a que están expuestos. Estudios muestran que las jóvenes entre 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir a causa de eventos relacionados con la reproducción que las mayores de 20; en las menores de 16 años este riesgo es seis veces mayor. Otros estudios mencionan que los riesgos ocurren en las edades más tempranas (10 a 14 años), y que no existe diferencia en los riesgos a los 18-19 años con los de 20-34 años (5, 6, 7, 8, 9), e incluso que la vivencia de la maternidad es diferente entre los grupos de edad de la adolescencia (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

La Academia Nacional de Medicina (2005), tituló el "embarazo en adolescentes" como la más grave problemática en salud pública de Colombia. Ésta, además de ser un marcador de subdesarrollo en sí, es una catástrofe biológica, antropológica, social,

familiar e individual. De ella se desprenden en gran medida problemas como el aborto, las infecciones de transmisión sexual, la violencia de género, la violencia sexual y el maltrato infantil (6).

En la ciudad de Cartagena, es notorio el incremento de los embarazos en adolescentes menores de 15 años. Monterrosa y Arias, en un seguimiento realizado entre 1999 y 2005 en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, encontraron 878 partos en jóvenes con adolescencia temprana. Este valor representa a un hospital escuela, que además es la clínica con el mayor número de partos, cesáreas y abortos de la ciudad y sus áreas de influencia departamentales, de tal manera que se considera un valor real y fuertemente representativo (7).

En cuanto a resultados obstétricos y perinatales, las adolescentes tienen 75% más riesgo de tener un parto prematuro que las mujeres adultas. Se ha encontrado que la incidencia de bajo peso al nacer (menor de 2.500 g) es más del doble en adolescentes con relación a mujeres adultas y que la mortalidad neonatal (entre 0 y 28 días) es casi tres veces mayor. Estudios que confirman lo anterior concluyen que las adolescentes presentan con mayor frecuencia eclampsia, partos pretérmino, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones posparto e infecciones de herida quirúrgica; mientras que las adultas presentan hemorragias de tercer trimestre, diabetes gestacional y cesáreas (8). A pesar de la magnitud del problema, no es completamente claro si estos resultados dependen de factores biológicos o son únicamente la consecuencia de factores socio demográficos que se asocian con el embarazo en la adolescencia.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra algunos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el país, señalan que la tasa

de fecundidad de las adolescentes entre los 15 y los 19 años de la zona urbana era 71 y del área rural ascendía a 134, según cálculo para el período 1997-2000. Al comparar las tasas de fecundidad por grupo de edad se muestra que todas han disminuido, excepto en el grupo de las adolescentes de dicho rango de edad, en el cual se ha presentado un ligero aumento: de 17% en 1995 a 19% al 2000; es decir, 15% de estas adolescentes ya han sido madres y 4% están embarazadas de su primer hijo (9). El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de embarazos en una población de adolescentes escolares de tres colegios de la ciudad de Cartagena, y estimar su posible asociación con algunas variables sociodemográficas y de conductas sexuales.

METODOLOGÍA

Se realizó estudio de corte transversal, tomando como población las adolescentes de sexo femenino entre 12 y 18 años de edad, matriculadas en básica secundaria de tres instituciones educativas de la ciudad de Cartagena, Octaviana del C. Vives de carácter privado, José Manuel Rodríguez Torices (INEM) y el Colegio Soledad Román de Núñez, estos últimos de tipo oficial. Se estimó una muestra representativa para la ciudad de 582 jóvenes, teniendo en cuenta una prevalencia de embarazo en adolescentes de 20,5% (4), una confiabilidad del 95% y un error del 3,3%.

Previo autorización de las instituciones educativas mediante documento de consentimiento informado, se llevó a cabo la validación por prueba piloto, y aplicación de una encuesta, elaborada con la terminología apropiada para su fácil comprensión, la cual iba encaminada a la medición de variables sociodemográficas (estrato, conformación familiar), conocimiento y utilización de métodos de planificación familiar y antecedentes ginecoobstétricos (inicio de vida sexual, embarazo y abortos).

Análisis estadístico

Los datos fueron almacenados y analizados por medio del programa estadístico Epi Info versión 3.5.1. Para mostrar los resultados se realizaron tablas y gráficos de frecuencia para

variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Como estimación de ocurrencia se utilizó la prevalencia, la asociación se estimó mediante los Odds Ratio (OR), a través de un modelo de regresión logística teniendo en cuenta un análisis univariado y multivariado.

RESULTADOS

En total se encuestaron 638 adolescentes, el 71,6% de estas eran de estratos bajos (1 y 2), 37,4% medio (3 y 4) y 0,9% de estratos altos (5 y 6), ver figura 1. El promedio de edad de las estudiantes fue de 15 años, con una desviación estándar (DE) de 1,6 años. Con relación a la escolaridad, el 6,9% cursaba sexto grado, 9,9% séptimo, 11,8% octavo, 20,4% noveno, 27,1% décimo y 24% undécimo grado.

La estructura familiar se comportó de la siguiente manera: el 82,5% de las adolescentes viven con su madre, 76% con sus hermanos, 49,8% con su padre, 32,5% con tíos, 27,7% con abuelos y 20,4% con otras personas. El 47,5% de las encuestadas tuvieron el antecedente que sus madres también quedaron en embarazo por primera vez en la adolescencia.

Sobre los métodos de planificación familiar (MPF), el 89,5% conoce al menos uno de ellos. El condón es el más conocido con el 80,6%, pero sólo el 14,4% lo utiliza. En segundo lugar se encuentra el método del ritmo con 33,5% de conocimiento y 6,1% de utilización. Los métodos caseros son menos conocidos, con sólo el 1,6%, el único que reportó ser utilizado fue la ducha vaginal (Tabla 1). Las razones referidas por las adolescentes para la no utilización de MPF, fueron no considerarlos confiables o seguros, tenerle miedo a los efectos secundarios y no considerarlos adecuados para la edad.

El 26,2% (167) de las adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta, y de estas el 71,3% (119) tuvieron su primera relación sexual a los 15 años o antes. La prevalencia de embarazo fue de 4,4% (28), el 3,4% (22) había estado en embarazo una sola vez. El 2,4% (15) había tenido abortos, de las

cuales el 1,7% (11) había abortado una vez, el 0,5% (3) dos veces y el 0,2% (1) tres veces. Al momento de realizar la encuesta tres adolescentes estaban embarazadas. El análisis por regresión logística mostró tanto en el análisis univariado como el multivariado que iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años y utilizar métodos de planificación familiar (muy probablemente de manera inadecuada), se constituyen como factores de riesgo para embarazo en adolescentes. Ver tabla 2

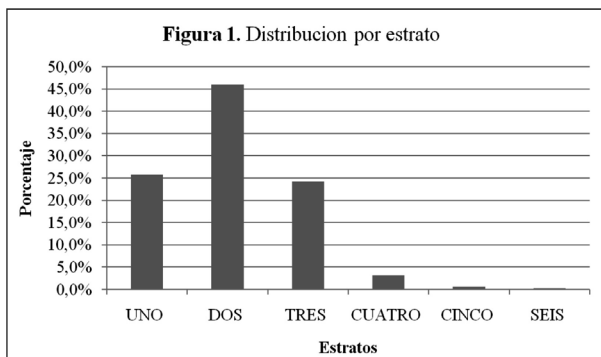


TABLA 1. FRECUENCIA DE CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LOS DISTINTOS MPF

Métodos de Planificación Familiar	Conocimiento		Uso	
	n 638	%	n 638	%
Temperatura basal	48	7,5	3	0,5
Coito interrumpido	130	20,4	35	5,5
Condón	514	80,6	92	14,4
Sinto térmico	31	4,9	1	0,2
Diafragma	84	13,2	1	0,2
Moco cervical	85	13,3	4	0,6
DIU	175	27,4	2	0,3
Implantes	126	19,8	3	0,5
Espermicida	95	14,9	3	0,5
Ligadura	216	33,9	0	0,0
MELA	54	8,5	1	0,2
ACOs	287	45,1	20	3,1
ACIs	364	57,1	23	3,6
Ritmo	214	33,5	39	6,1

DIU: dispositivo intrauterino; MELA: Método de amenorrea de la lactancia; ACOs: anticonceptivos orales; ACIs: Anticonceptivos Inyectables.

Tabla 2. Factores asociados a embarazo en adolescentes estimados por regresión logística

	Embarazadas n=28	No embarazadas n=610	OR*	IC 95%	OR†	IC 95%
Estrato < 3	20	437	0,98	0,42 - 2,28	*	
1	6	158	0,78	0,31 - 1,95	*	
2	14	279	1,18	0,55 - 2,53	*	
3	6	149	0,84	0,33 - 2,12	*	
4	2	18	2,52	0,55 - 11,48	*	
5	0	4	0,00	0,00 - 0,00	*	
6	0	2	0,00	0,00 - 0,00	*	
Conformación familiar						
Ambos Padres	12	288	0,83	0,39 - 1,80	*	
Algún padre	10	516	0,10	0,04 - 0,22	*	
Padre	13	305	0,86	0,40 - 1,85	*	
Madre	21	499	0,66	0,27 - 1,60	*	
Ningún Padre	6	94	1,49	0,59 - 3,79	*	
Hermanos	19	466	0,65	0,28 - 1,47	*	
Tío	10	197	1,15	0,52 - 2,55	*	
Abuelo	11	165	1,73	0,79 - 3,78	*	
Otro	9	114	1,91	0,84 - 4,32	*	
Madre adolescente	11	292	0,70	0,32 - 1,52	*	
Antecedentes Ginecoobstétricos						
Inicio vida sexual antes de 16 años	21	98	15,67	6,48 - 37,9	3,4	1,08 - 10,9
Planificación Familiar						
Conoce MPF	28	543	0,000	0,00 - 0,00	*	
Usa	23	107	21,6	8,0 - 58,2	9,2	2,6 - 33,3
Barrera	4	88	0,99	0,33 - 2,89	*	
Hormonales	3	46	0,98	0,28 - 3,46	*	
Fisiológicos	3	80	1,23	0,62 - 2,41	*	

* Análisis univariado

† Análisis multivariado por método stepwise.

* No incluida en el modelo final

DISCUSIÓN

Una alta proporción de las adolescentes escolares conocen por lo menos un método de planificación familiar, esto está de acuerdo con una publicación reciente en nuestro país de un trabajo realizado en una población de Cundinamarca (3) en donde las participantes además se encontraban dentro de la edad promedio observada en este estudio local. En este mismo estudio se mostró también que un alto porcentaje de las adolescentes sabe cómo usar correctamente los métodos anticonceptivos que conocen, dato que difiere de lo encontrado en la actual investigación.

La frecuencia de relaciones sexuales en las adolescentes es variable en el contexto mundial, en estados unidos oscila según dos autores entre el 22 y el 46% (10, 11); en países latinoamericanos como Ecuador (12), que posee características socio demográficas parecidas a Colombia, también se aprecia frecuencias altas con respecto a nuestros hallazgos. La edad promedio de inicio de vida sexual fue similar en todos estos estudios. Por otro lado la prevalencia de embarazo en adolescentes fue menor en el presente estudio con respecto a los realizados en Ecuador, Cundinamarca, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (4) y más localmente en un estudio desarrollado en Cartagena en población universitaria (16).

La estructura familiar más frecuente, conformada por madre, padre y hermanos fue otro hallazgo congruente con lo reportado por Castillo (2003) en Bucaramanga (13), en el estudio la convivencia con diversos miembros de la familia no constituye un factor protector para embarazos en adolescentes. Esto muestra que el tipo de conformación familiar puede constituirse en una constante en nuestro país, y reconociendo que estos modelos familiares se transmiten de padres a hijos, se pueden encaminar programas que promuevan el fortalecimiento del autocuidado y el respeto a nuestro cuerpo, para una sexualidad responsable.

Por otra parte, los resultados encontrados con respecto a la relación causal entre el uso de MPF y el embarazo, muestra que muchas de las adolescentes no utilizan de manera

adecuada el método de su agrado. Este hallazgo además puede deberse al efecto de la confusión, en el sentido que muchas de las adolescentes que ya estuvieron embarazadas, son las que usan con mayor frecuencia los MPF para prevenir un nuevo embarazo. Lo anterior sugiere que es necesario que todas las entidades colombianas comprometidas con el desarrollo sexual saludable y armónico de los y las jóvenes deben diseñar campañas de promoción de comportamiento sexual responsable, de prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no planeados en adolescentes con una concepción integral, donde se tengan en cuenta la perspectiva de género así como los factores sociales y culturales.

Esto implica un acompañamiento a las jóvenes mediante servicios de orientación y acceso a los métodos anticonceptivos a fin de fortalecer en ellas prácticas de sexo seguro y responsable (9). Estas estrategias deberían comprender, igualmente, a los estudiantes de básica primaria porque un número importante y considerable de niños y niñas tienen la primera relación sexual antes de ingresar a la secundaria (14, 15).

La presente investigación tiene limitaciones propias de un diseño transversal, como no poder garantizar la temporalidad de la relación de causalidad. Asimismo, no se estudiaron diversas posibles variables de confusión como la presencia de síntomas depresivos, la filiación religiosa, entre otras, que pueden influir el comportamiento sexual de los adolescentes escolarizados. En la selección de la población de estudio, también influyó que los estratos socioeconómicos de las estudiantes fueran en mayor frecuencia el 1, 2 y 3; sería importante realizar estudios posteriores que abarquen una muestra de la población Cartagenera en los cuales se incluyan de manera proporcional todos los estratos. Además se recomienda utilizar una encuesta estandarizada a nivel mundial para poder homologar nuestros resultados con estudios similares.

Con esta investigación se observó que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública prevenible. Además, se puede sugerir una relación de este problema con el

déficit de redes de apoyo familiar y social, y con las carencias en la toma de decisiones a nivel individual. Nuestro trabajo evidencia que se requieren mayores investigaciones para obtener un diagnóstico preciso de los complejos factores y dimensiones que intervienen en la salud reproductiva de los jóvenes en el país.

Es necesario considerar espacios alternativos dentro de la institución educativa para que los jóvenes discutan los acontecimientos importantes de su desarrollo sexual como la menarquía, espermarquia y la fecundidad entre otros, para que tengan acceso al inicio y control de anticonceptivos hormonales en el momento necesario. Además se necesita

continuar sensibilizando al personal de salud acerca de las realidades y las perspectivas de los adolescentes y aprender a animarlos para que ellos acudan a los servicios de salud y soliciten ayuda cuando lo necesiten, siempre teniendo en cuenta la necesidad de guardar la confidencialidad y privacidad. Con este primer acercamiento se espera fortalecer y perfeccionar las herramientas a fin de satisfacer las necesidades informativas de los jóvenes en los temas de salud sexual y reproductiva.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaya J, Borrero C, Ucros S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. RCOG. 2005; 56 (3): 216 - 224.
2. UNFPA. Estado de la población mundial. 2004. Disponible en internet en: http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/sp_swp04.pdf.
3. Alvarado R, Martínez O, Vaquero M, Valencia C, Ruiz A. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años en Nocaima (Cundinamarca). Rev. Cienc. Salud. 2007; 5 (1): 40 - 52.
4. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia. 2005.
5. Carvajal R. Colciencias. Fundación FES. Embarazo en adolescentes afrodescendientes [Internet]. 2006. [Acceso 1 de Julio de 2010]. Disponible en: <http://universia.net.co>.
6. Rueda R, Parada A. Embarazo en Adolescentes: el Problema más grave en Salud Pública. Conferencia Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia, Febrero 10 de 2005.
7. Monterrosa Á, Arias M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). RCOG. 2007; 58 (2): 107 - 114.
8. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. RCOG. 2004; 55 (2): 114 -121.
9. Vásquez M, Argote L, Castillo E, Mejía M, Villaquirán M. La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. Colomb Méd. 2005; 36 Supl 2: 33 - 42.
10. Fingerman KL. Sex and the working mother: adolescent sexuality, sex role typing and family background. Adolescence 1989; 93: 1 -18.
11. Small SA, Luster T. Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. J Marriage Fam. 1994; 56:181 - 192.
12. Park IU, Sneed CD, Morisky DE, Alvear S, Hearst N. Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescent. AIDS Educ Prev. 2002; 14: 73 - 83.
13. Castillo M, Meneses M, Silva J, Navarrete P, Campo A, Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. MedUNAB. 2003; 6 (18): 173 - 143.
14. Tsurugi Y, Yamamoto M, Matsuda S. A sexual health study of high school students at the 3 high schools in Kitakyushu City. Nippon Eiseigaku Zasshi 2002; 56: 664-672.
15. Ceballos GA, Campo A. Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años, Santa Marta, Colombia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2006; 54(1): 4 - 11.
16. Díaz S, González F, Martínez I, Medina D, Muentes O. Prevalencia de embarazo no planificado en estudiantes universitarios: adolescentes, adultos jóvenes del área de la salud de la Universidad de Cartagena y su relación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar. http://www.unicartagena.edu.co/odontologia/Prevalencia_de_embarazo_no_planificado_en_estudiantes_universitarios.pdf.