

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY AÑO 2017, DESDE UNA MIRADA DESCRIPTIVA

Localidad de Kennedy

8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá

Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública

Patricia Arce Guzmán

Autores Subred Sur Occidente

Diana Carolina Fajardo Niño

Adriana Lizzette Colorado Arangure

Carolina Santofimio Delgado

Fotografía portada

Oficina asesora de comunicaciones

Subred Sur Occidente

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2018

www.saludcapital.gov.co

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo en la adolescencia se define como "...aquél que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad..."(1).

Según la OMS se estima, que 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, siendo la mayoría de países con ingresos bajos y medianos. Así mismo también revela, que el comportamiento de la tasa de fecundidad ha tenido un descenso del 11% desde 1990, la tasa media de fecundidad mundial de 15 a 19 años es 49 por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (2).

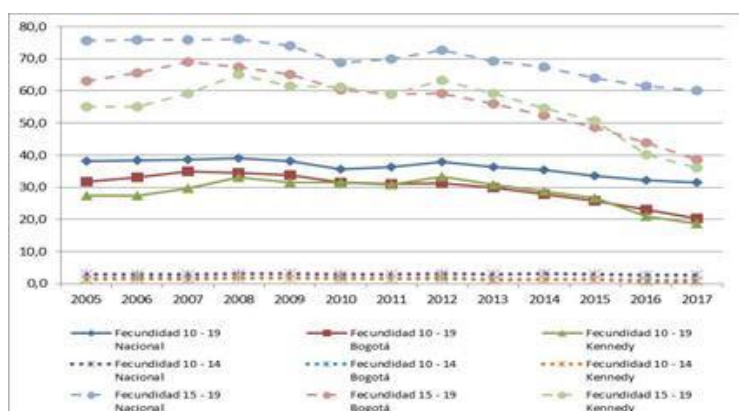
De acuerdo al reporte ASIS (Análisis de Situación en Salud) de fecundidad del Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia la tasa de fecundidad en adolescentes ha tenido una reducción del 16,9% entre los años 2005 y 2017, siendo esta más marcada en el grupo de 15 a 19 años (20,3%), frente al grupo de 10 a 14 años (5,1%) (3),(4).

En Bogotá las cifras revelan igualmente una disminución en la tasa de fecundidad de 15 a 19 años siendo del 39% entre 2005 y 2017, en niñas menores de 15 años la disminución ha sido del 34%. Para el año 2017 la tasa de fecundidad

de 10 a 14 años fue de 1,0 por cada 1.000 mujeres. En adolescentes de 15 a 19 años la tasa se ubicó 38,5 por cada 1.000 mujeres.

La Localidad de Kennedy no ha sido ajena a este comportamiento, la tasa de fecundidad de 15 a 19 años se ha reducido un 34,6% y en menores de 15 años un 44,9% entre los años 2005 y 2017(5).

Gráfica 1. Tasas de fecundidad adolescentes. Colombia – Bogotá – Kennedy. Años 2005 – 2017



Fuentes: Nacional DANE - Estadísticas Vitales. Años 2005 – 2017; año 2017 fecha de actualización: 28 de marzo de 2018 (preliminar), año 2016 preliminar. Bogotá y Kennedy. Proyecciones de población 2005 - 2020 Nacional, Departamental y Municipal por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Bogotá y Kennedy Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. Años 2006 - 2007 Bases de datos DANE Sistema de estadísticas Vitales SDS -Finales. Años 2008 - 2016 Bases de datos DANE - RUAF ND. Sistema de estadísticas Vitales SDS -Finales (2016 publicación DANE 30 de diciembre 2017). Año 2017 preliminares, publicación DANE 28 de marzo 2018.

Es importante destacar que independiente del contexto, un embarazo a temprana edad trae consigo mayor riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, siendo uno de los principales factores que contribuye a la mortalidad materna e infantil y perpetúa el círculo de enfermedad y pobreza. La OMS explica que los hijos de madres

adolescentes tienen un 50% de riesgo de tener una muerte perinatal o de morir en las primeras semanas, así mismo señala que los recién nacidos de madres menores de 20 años tienen una mayor probabilidad de presentar bajo peso al nacer (2).

El embarazo en adolescentes aún es un problema social, pese a que este ha registrado una reducción sostenida en los últimos 10 años, las consecuencias en la salud de la madre y su hijo, las familiares y las sociales siguen siendo un motivo de preocupación para el Estado, el cual busca generar estrategias que permitan reducirlo aún más, e incluso erradicarlo en niñas menores de 15 años. Es de esta manera que este boletín explora las características de esas gestantes adolescentes que tuvieron su hijo en el año 2017 residentes en la Localidad de Kennedy, con el fin de describir sus condiciones socioculturales y adicionalmente explorar la posición de los adolescentes frente al embarazo a temprana edad y el conocimiento de ellos en temas relacionados.

Metodología

El boletín aborda una metodología de análisis descriptiva, tomando como fuente de información primaria la Base de datos del aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares año 2017, ajustada el 10/01/2018 (corte 06/01/2018). En el marco muestral se seleccionaron los nacimientos en madres adolescentes (10 a 19 años) residentes en la localidad de Kennedy. Se analizaron variables

sociales y de salud como: peso al nacer, prematuridad, consultas prenatales, tipo de parto, estado conyugal y nivel educativo de la madre, número de hijos nacidos vivos, número de embarazos y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. También se analizó el peso gestacional tomado del Sisvan (Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional) año 2017 y notificación al subsistema Sivim (Sistema de Vigilancia del Maltrato Infantil, la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual) año 2017 de abuso sexual en menor de 14 años. Para su análisis se utilizaron métodos descriptivos como frecuencias, prevalencias, estimación de tasas y diferencias relativas. También se usó el estadístico chi cuadrado y el *Odds Ratio* (OR) con el fin identificar relaciones entre variables, el programa estadístico utilizado fue Epi Info versión 3.5.4 gratuita descargada de la página del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), con un nivel de significancia del 0,05.

Como parte de la investigación se realizó en el mes de mayo de 2018 una unidad de análisis con alumnos (16 adolescentes) y docentes (3) que asistieron a la Mesa Local de Estudiantes Cabildantes de Kennedy, con el fin de identificar bajo qué perspectiva perciben un embarazo a temprana edad (10 - 19 años) y qué conocimiento tienen sobre temas relacionados con el embarazo como: métodos de regulación de la fecundidad, enfermedades de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales, proyecto de vida y

abordaje del tema de SSR (Salud Sexual y Reproductiva) con padres y maestros.

Se aplicaron dos metodologías para la recolección de información: encuesta semiestructurada dirigida a estudiantes y grupo focal con preguntas orientadoras para docentes, enfocadas hacia derechos sexuales y reproductivos, métodos de regulación de la fecundidad y embarazo adolescente

Resultados

Para el año 2017 se identificaron en la base de nacidos vivos 13.321 nacimientos en residentes de la localidad de Kennedy, de los cuales el 13% (1.738) son hijos de adolescentes de 10 a 19 años (0,2% de 10 a 14 años y 12,8% de 15 a 19). La tasa de fecundidad local es de 18,8 por cada 1.000 mujeres de 10 a 19 años, la específica de 10 a 14 años es de 0,7 y la de 15 a 19 de 36,1.

Tomando variables sociales y de salud de la base de datos de nacidos vivos año 2017 se logra identificar que: la proporción de gestantes adolescentes que no asiste a controles prenatales es más alto en 2,6 puntos porcentuales con respecto a las gestantes que no son adolescentes, visto de otra manera, el 83,8% de las gestantes no adolescentes asisten a 5 o más controles prenatales, mientras que esta proporción es menor un 22% en las adolescentes. Con respecto al parto, el espontáneo es un 26% más alto en las adolescentes frente a las no adolescentes, en el grupo de las no adolescentes la cesárea

es un 48,3% más alto con respecto a las adolescentes.

Por otro lado, la mayor proporción de gestantes adolescentes convive en unión libre con su pareja, al compararla con las no adolescentes la proporción es un 10,6% menor en las adolescentes, por el contrario el estado civil soltera, es un 69% más alto frente a las no adolescentes. En el 83,7% de los casos es el primer embarazo de la adolescente y desde otra perspectiva, el 12,9% ya tenía un hijo o más. Con respecto al régimen de afiliación, las proporciones específicas muestran que el 15,6% de los nacimientos de los no asegurados es en adolescentes, en el subsidiado esta proporción es del 26,9%, en el de excepción es del 6,6% y en el contributivo del 9,8%.

La prevalencia de bajo peso gestacional en adolescentes es del 38,5%, situación que se relaciona directamente con ser gestante adolescente con un resultado significativo ($X^2= 225,2$ $p < 0,01$). Desde otra perspectiva, la posibilidad de que una adolescente tenga bajo peso gestacional es 3,0 veces más alto frente a una que no sea adolescente.

Por otro lado, el bajo peso al nacer en Kennedy se situó en 13,3%, aumentando en adolescentes de 10 a 19 años a 15,4%, específicamente para las niñas de 10 a 14 años la prevalencia se eleva al 25%. Al igual que el bajo peso gestacional, el bajo peso al nacer, se relaciona directamente con ser gestante adolescente, siendo estadísticamente significativo ($X^2=$

7,645 $p < 0,01$). Dicho de otra manera, la posibilidad de bajo peso al nacer es 1,2 veces más alto en hijos de gestantes adolescentes frente a los hijos de las no adolescentes.

El 11,5% de los partos fueron pretérmino, la proporción aumenta a 11,9% en adolescentes de 10 a 19 años, pero se acentúa más en las niñas de 10 a 14 años con un 18,8%. A diferencia de las dos variables anteriores no hay relación entre el ser gestante adolescente y tener un parto pretérmino ($X^2= 0,5883$ $p 0,2215$).

Tabla 1. Odds Ratio, bajo peso al nacer y bajo peso gestacional. Localidad de Kennedy. Año 2017

Edad	OR Bajo peso al nacer	IC	OR Bajo peso gestacional	IC
No Adolescentes	1		1	
Adolescentes	3,91	2,653- 3,601	1,22	1,059- 1,405

Fuente: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. SISVAN. Secretaría de Salud. Año 2017. Procesado con epi info 3.5.4.

De otra parte, de acuerdo a la ley Colombiana “*cualquier acceso carnal o quien realice actos sexuales diversos con menor de 14 años*” se considera delito y es penalmente castigado. En el 2017 se atendieron 32 partos en adolescentes menores de 15 años residentes en la localidad de Kennedy, de estas el 31,2% no fueron notificadas al subsistema Sivim, el 12,5% se notificó por otro tipo de violencia y el 56,3% por presunto abuso sexual. Frente a las 18 menores notificadas se identifica que en el 38,9% de los casos el

agresor es la pareja, en el 27,8% la expareja, en el 22,2% es una persona conocida, y en el 11,1% desconocido; cabe aclarar que estos últimos casos fueron asalto sexual ya que fueron en vía pública. El 61,1% de los agresores tienen o son mayores de 18 años, el 16,7% están entre los 15 y 17 años, el 11,1% son menores de 15 años y del restante 11,1% no se tiene información.

Unidad de análisis con adolescentes y profesores:

En la primera metodología se aplicaron encuestas a 16 adolescentes (6 hombres y 10 mujeres) entre los 14 y 18 años de edad. El 68,8% vive con sus padres (padre y/o madre), el 25% con familiares y el 6,3% tiene un tutor legal.

La mayor proporción de adolescentes busca en internet cuando necesita información sobre sexualidad (27%), a los padres le preguntan el 18,9%. En el 93,8% de los casos los padres y/o acudientes han hablado sobre sexualidad con sus hijos, entre los temas abordados están: métodos de regulación de la fecundidad, cuidado del cuerpo, amor propio y riesgos de las relaciones sexuales, entre otros. La información es acertada y útil para el 87,5% de los adolescentes.

El 100% conoce para que sirven los métodos anticonceptivos, el más común la prevención del embarazo, seguido por prevención de enfermedades de transmisión

sexual. Los métodos más conocidos son el condón (24,2%), implante subdérmico (24,2%) y la píldora anticonceptiva (22,6%). Llama la atención que en un caso se menciona la aspirina como un método efectivo.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, son reconocidas por los adolescentes, las que más conocen son: VIH-SIDA, gonorrea y herpes en su orden. En la prevención el 44,4% refiere que el Condón es el método más efectivo, el 16,7% dice anticonceptivos en general, pero no hay claridad en cual. También se refieren a la abstinencia como un método eficaz. Al hablar sobre sexualidad responsable, en general los adolescentes se refieren al uso de métodos de regulación de la fecundidad, de tener auto control y no dejarse llevar por la emoción del momento, no iniciar relaciones sexuales a temprana edad, debe ser consensuado por las dos personas y se debe tener responsabilidad con el cuerpo al no tenerlas con cualquier individuo.

La mayor proporción de los adolescentes (55,6%) no han pensado en ser madres o padres y manifiestan que la edad promedio para tener hijos son los 29 años. Frente a las metas que tienen el 100% manifiesta que quieren ser profesionales exitosos, y con ello tener estabilidad económica. Del embarazo adolescente todos coinciden en que no es el tiempo indicado por factores biológicos, económicos, psicológicos, entre otros. Para prevenir el embarazo refieren que la forma más acertada

es la abstinencia o usar métodos de regulación de la fecundidad. Todos son conscientes de que un embarazo es responsabilidad de dos personas (pareja).

El 43,8% de los adolescentes encuestados han tenido relaciones sexuales (30% mujeres, 66,6% hombres), la edad promedio de inicio son los 13 años de edad, ninguno ha tenido un embarazo, el 85,7% usa métodos de regulación de la fecundidad, las niñas usan el implante subdérmico, la píldora y el condón y los niños usan condón. La mayoría de los adolescentes ahorran para comprar los métodos de regulación en la droguería, aunque también acuden a la EAPB (Empresa Administradora de Plan de Beneficios) o a instituciones privadas como “Oriéntame”. Con respecto a los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales refieren que la edad para iniciarlas está por encima de los 19 años, casi el 50% han sido presionados por sus pares para que las tengan.

En cuanto al grupo focal con docentes, manifiestan que la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) aún es un tema tabú tanto en las familias como en las instituciones educativas, siendo los padres los primeros llamados a abordar este tema con sus hijos. Aunque se cuenta con una política que abandera las condiciones para poner en práctica los Derechos Sexuales y Reproductivos, las instituciones educativas públicas y privadas no propician de manera adecuada y contundente un acercamiento sobre el tema, específicamente a lo que se refiere

con la cátedra de SSR. En este marco los docentes afirman que desconocen estos temas y cómo abordarlos con los adolescentes.

“...En la medida que los estudiantes conozcan los métodos y el riesgo de no usarlos la tasa de fecundidad en este grupo de edad podrá reducirse sostenidamente... manifiestan”. Los estudiantes como respuesta a esta falta de información acuden a otros espacios para documentarse como el internet y están más enfocados en su función de regulación de la fecundidad que en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

La maternidad y paternidad temprana se enfoca hacia una decisión obligada a asumir el rol, *“...es una edad inmadura que limita asumir la responsabilidad como debe ser...”*. Al presentarse un embarazo en adolescentes, las instituciones educativas públicas o privadas realizan acompañamiento acudiendo a los protocolos establecidos por las Secretarías de Educación y de Salud, con el fin de que las estudiantes continúen con su formación de manera presencial o semipresencial de acuerdo al caso, esto con el fin de que no se opte por la deserción escolar. Entre las causas del embarazo adolescente se encuentran la pobreza, la educación, relaciones familiares distales, falta de enseñanza sobre el autocuidado, así mismo, se fortalece cada vez más la educación del “no”: no haga, no toque, no use, no mire, que finalmente “no” garantiza la prevención, pero si aporta con más interés a la curiosidad.

1. Variables Socio-demográficas. Gestantes adolescentes frente a las gestantes no adolescentes. Localidad de Kennedy. Año 2017

Gestantes Adolescentes			Gestantes no Adolescentes		
Categorías	Número	Proporción	Categorías	Número	Proporción
Peso al nacer			Peso al nacer		
Bajo peso	267	15,4%	Bajo peso	1.500	13,0%
Déficit	658	37,9%	Déficit	3.805	32,8%
Normal	812	46,7%	Normal	6.229	53,8%
Exceso	1	0,1%	Exceso	49	0,4%
Peso gestacional			Peso gestacional		
Bajo peso	331	38,5%	Bajo peso	1.366	19,5%
Normal	292	34,0%	Normal	2.152	30,8%
Exceso	236	27,5%	Exceso	3.479	49,7%
Tiempo de gestación			Tiempo de gestación		
Pretérmino	209	12,0%	Pretérmino	1.322	11,4%
A término	1.526	87,8%	A término	10.258	88,6%
Posttérmino	0	0,0%	Posttérmino	2	0,0%
Sin Información	3	0,2%	Sin Información	1	0,0%
Consultas prenatales			Consultas prenatales		
Ninguna	84	4,8%	Ninguna	253	2,2%
Menor a 5	517	29,7%	Menor a 5	1.619	14,0%
5 o más	1.137	65,4%	5 o más	9.711	83,8%
Tipo de parto			Tipo de parto		
Cesárea	530	30,5%	Cesárea	5.239	45,2%
Espontáneo	1.149	66,1%	Espontáneo	6.076	52,5%
Instrumentado	59	3,4%	Instrumentado	268	2,3%
Estado conyugal madre			Estado conyugal madre		
Casada	29	1,7%	Casada	2.328	20,1%
Separada/ Divorciada	2	0,1%	Separada/ Divorciada	45	0,4%
Soltera	651	37,5%	Soltera	1.347	11,6%
Viuda	2	0,1%	Viuda	3	0,0%
Unión libre	1.046	60,2%	Unión libre	7.794	67,3%
Sin Información	8	0,5%	Sin Información	66	0,6%
Nivel educativo madre			Nivel educativo madre		
Bachiller	842	48,4%	Bachiller	4.876	42,1%
Primaria	181	10,4%	Primaria	497	4,3%
Básica Secundaria	582	33,5%	Básica Secundaria	1.096	9,5%
Universitaria	17	1,0%	Universitaria	2.584	22,3%
Técnica/ tecnológica	66	3,8%	Técnica/ tecnológica	2.403	20,7%
Otros	50	2,9%	Otros	127	1,1%
Hijos nacidos vivos			Hijos nacidos vivos		
Uno	1.514	87,1%	Uno	5.044	43,5%
Dos	209	12,0%	Dos	4.386	37,9%
Tres o más	15	0,9%	Tres o más	2.153	18,6%
Número embarazos			Número embarazos		
Uno	1.454	83,7%	Uno	4.332	37,4%
Dos	252	14,5%	Dos	4.119	35,6%
Tres o más	32	1,8%	Tres o más	3.132	27,0%
Aseguramiento en salud			Aseguramiento en salud		
Contributivo	980	56,4%	Contributivo	9.055	78,2%
Especial	0	0,0%	Especial	1	0,0%
Excepción	28	1,6%	Excepción	399	3,4%
No Asegurado	52	3,0%	No Asegurado	282	2,4%
Subsidiado	678	39,0%	Subsidiado	1.846	15,9%

Fuente: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. SISVAN. Secretaría de Salud. Año 2017

Conclusiones

La tasa de fecundidad en adolescentes (10 a 19 años) revela una reducción en el contexto Distrital y Local entre los años 2005 y 2017.

Las proporciones específicas de nacimientos en adolescentes por aseguramiento, muestran que son más altas en el régimen subsidiado y los no asegurados, frente a los regímenes contributivo y especial.

El bajo peso al nacer y bajo peso gestacional mostraron diferencias significativas en las gestantes adolescentes frente a las no adolescentes. Así mismo, la posibilidad de que una adolescente tenga bajo peso gestacional es 3,0 veces más alto frente a una que no sea adolescente y la posibilidad de bajo peso al nacer es 1,2 veces más alto en hijos de gestantes adolescentes frente a los hijos de las no adolescentes.

Los adolescentes encuestados tienen conocimiento sobre las implicaciones de un embarazo a temprana edad, igual que tiene claro que no es una etapa propicia para tener hijos, dada la inmadurez biológica, psicológica y económica. Así mismo reconocen como evitar un embarazo y que adicionalmente al tener relaciones sexuales están expuestos a una enfermedad de transmisión sexual, si no tienen los cuidados necesarios.

El desarrollarse plenamente como profesionales, viajar y ser personas exitosas son las metas que tienen contempladas para su vida, pero el

embarazo en la adolescencia no es una opción.

El ver la salud sexual y reproductiva como un tema solo del acto sexual, la convierte en un tema tabú para la sociedad Colombiana, y la principal barrera para abordarla con los adolescentes en el contexto familiar y educativo. La falta de diálogo genera que los adolescentes investiguen al momento de una duda sobre sexualidad en fuentes secundarias como los son el internet y amigos, conllevando a que la inexperiencia en estos temas no les de claridad en identificar que es cierto y que no y dejando con ello prácticas sexuales inadecuadas que pueden llegar a convertirse en un embarazo adolescente o en una enfermedad de transmisión sexual.

Recomendaciones

Es importante que las EAPB en general y especialmente las del régimen subsidiado intensifiquen en adolescentes la demanda inducida a la consulta de regulación de la fecundidad. Con ello, es de vital importancia que las aseguradoras tanto del régimen Subsidiado como del Contributivo, generen o implementen servicios amigables integrales para adolescentes (sin barreras de acceso), que permitan a esta población acceder a consultas que no solo hablen y provean métodos de regulación de la fecundidad, sino que ofrezcan orientación integral frente a la salud sexual y reproductiva por parte de profesionales idóneos.

Dado que las gestantes adolescentes tienen una mayor posibilidad de tener bajo peso gestacional y adicionalmente los hijos de gestantes adolescentes tienen mayor posibilidad de nacer con bajo peso, es necesario realizar búsqueda activa y captación temprana por parte del sector salud, de aquellas gestantes adolescentes que no asisten a controles prenatales, con el fin de incluirlas en el programa y de esta manera contribuir a disminuir las probabilidades de que estos eventos ocurran y con ellos las complicaciones que se generan.

La cátedra de salud sexual y reproductiva debe ser instaurada en todas las instituciones educativas de manera obligatoria independientemente de sus creencias religiosas como norma Nacional y los temas a abordar deben estar incluidos en el PEI de cada uno de los colegios en todos los grados, siendo estos acordes a las edades de los estudiantes. Dicha cátedra debe ser integral con el fin de que contribuya a fortalecer los vínculos entre docentes, padres y estudiantes. En este sentido es importante formar a los docentes sobre estos temas con el fin de darle la importancia que requiere, de igual modo, esto contribuye a unificar conceptos, aclarar dudas y romper paradigmas.

Referencias bibliográficas

1. Definición de Embarazo y Adolescencia según la OMS y la Unicef [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 27]. Available from: <https://es.scribd.com/document/2>

80296129/definicion-de-embarazo-y-adolescencia-segun-la-OMS-y-la-Unicef

2. OMS. Embarazo en Adolescentes [Internet]. [cited 2018 May 31]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Ministerio de salud y protección social. Reportes ASIS 2 [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 4]. Available from: <http://rssvr2.sispro.gov.co/reporte-sasis2/>
4. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo I. 2015;1–430.
5. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Indicadores Demográficos. Bogotá D.C.; 2018.