

SALUD PÚBLICA

CARACTERIZACIÓN DE LA
ADOLESCENTE EMBARAZADA
ATENDIDA EN LA
"CLÍNICA FRANCISCO BOLAÑOS"

Mónica Espinoza Trejos *
M^a Del Mar Rodríguez Molina **
María Ethel Trejos Solorzano ***

SUMMARY

In the report made teenagers are represented by 22% of all pregnant, that it's almost the same with the bibliography of the national situation. Some of the mainly characteristics found in the pregnant teenagers that were attended in Dr. Francisco Bolaños Clinic, during 2004 and 2005 are, the condition of has a social security wasn't important, it also describes that 41% of teenagers had a low level of education according to their age. In fact, 36.5% of pregnant teenagers don't work out of the house neither study. The 43.7% were attended late, the anemia

in pregnancy was found in low percentage, in other hand the urinary tract infection was found in 40.7%. finally it was found the 8.2% were active smokers during pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes ha presentado una tendencia creciente en los últimos años. La mayoría de las madres latinas adolescentes tienen hijos fuera del matrimonio, en el 2003, 76.2% de las adolescentes latinas entre 15 y 19 años que dieron a luz no estaban casadas, frente a un 81.3% de todas las jóvenes entre ese mismo

rango de edad que dieron a luz (2). En nuestro país aproximadamente el 25% de la población femenina inicia su vida sexual entre los 13 y 17 años de edad (10). Según datos de la UNICEF y el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, se estima que la prevalencia de embarazos en adolescentes es de 20%, así mismo se indica que de los partos de primigestas el 81% corresponde a dicha población (10,6). Existen características propias de la adolescente las cuales conllevan a un posible factor de riesgo para el binomio madre/hijo como lo son: el desempleo, educación inconclusa, el ser madre soltera, el posible embarazo no

* Médico General

** Médico General

*** Médico, Salubrista, Master en Epidemiología. MSP

deseado o no planeado y la carencia de información para acceder los servicios de salud (condición de asegurada), entre otros; las cuales representan una verdadera problemática social (4,3). Así, las madres adolescentes tienden a abandonar más la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. En 1997, un estudio demostró que sólo el 41 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la secundaria, comparado con el 61 por ciento de las adolescentes con antecedentes sociales y económicos similares que no tienen hijos hasta tener 20 o 21 años de edad (9).

Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. En el 2002, el 6.6% de las madres entre 15 y 19 años de edad comenzó a recibir atención prenatal en una etapa avanzada o no tuvo supervisión médica alguna (en comparación con el 3.6% correspondiente a los grupos de todas las edades (9). Según datos de la Asociación Demográfica Costarricense, se estima que un 55% de las madres adolescentes no cuentan tempranamente con ningún tipo de atención profesional en salud y un 31% recurre al servicio médico de manera insuficiente y ocasional, solo un

14% lleva un control sistemático (10). Las complicaciones del embarazo que hacen peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años son los mismos riesgos que enfrentan todas las demás mujeres: hemorragias, septicemia, hipertensión ocasionada por el embarazo, inclusive preeclampsia y eclampsia, distocia por obstáculo mecánico causado por la desproporción cefalopelviana, complicaciones del aborto en condiciones peligrosas, y anemia ferropiva (8). En muchas regiones, la anemia ferropiva es un factor de riesgo contribuyente de casi todas las defunciones maternas. En una mujer anémica la probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo es cinco veces mayor que en la que no es anémica. Las mujeres anémicas son menos capaces de resistir las infecciones y menos capaces de sobrevivir después de una hemorragia u otras complicaciones del trabajo de parto y el parto. La anemia también es un factor contribuyente del parto prematuro y del bajo peso al nacer (8,5). El presente estudio tiene como objetivo describir las características de las adolescentes gestantes atendidas en la Clínica Dr. Francisco Bolaños en el periodo comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2005. Además se determinará la prevalencia de anemia en nuestra población estudio, tanto por ser una de las principales complicaciones

prevenibles de la madre gestante, como para brindar dicho dato a la institución de salud donde se realizará la investigación, debido a que se carece de esta información.

METODOLOGÍA

Se solicitó a la Clínica Dr. Francisco Bolaños, el listado correspondiente a las embarazadas atendidas en dicho centro durante el periodo comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2005 y se revisaron los expedientes de aquellas pacientes menores de 20 años. Se elaboró un instrumento para recolectar la información deseada de dichos expedientes clínicos. Se utilizó una base de datos en EPI info. 2002, para el análisis de los datos obtenidos.

RESULTADOS

En la Clínica Francisco Bolaños durante el periodo comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2005, fueron atendidas 140 gestantes adolescentes, de las cuales 2 (1.4%) eran menores de 15 años y 138 (98.6%), se encontraban entre los 15 y 19 años. El 40.7% de las gestantes adolescentes tenían primaria completa o menos, y solo un 20% tenía secundaria completa o más. El 83.7% de las adolescentes eran primigestas, un 13.3% presentaban un segundo embarazo y el 3% restante presentaba entre

el tercer y cuarto embarazo. Del total de primigestas, en el 75.7% se registró el nivel educativo de las cuales el 38.6% tenían estudios hasta primaria completa, un 39.6% no había concluido la secundaria y solo el 21.6% habían concluido la secundaria o cursaban la universidad. Se halló sólo una paciente analfabeta. En el 90% de las adolescentes se registró la ocupación, encontrándose que el 36.5% de éstas eran amas de casa, un 15% trabajaba fuera del hogar, y un 47.7% se dedicaba a estudiar en el momento de la captación. De las adolescentes primigestas un 67.6% son solteras, un 20% corresponde a unión libre y tan solo un 12.3% son casadas. Entre las que presentan su segunda gesta o más, el 30.4% corresponde a madres casadas, un 21.7% son solteras y un 43.4% están en unión libre y el 4.5% restante no se encontró el dato. Al relacionar las variables número de gesta y ocupación, se encontró que un 34.9% corresponde a madres primigestas amas de casa y un 51.8% son primigestas estudiantes. Fueron captadas en el primer trimestre del embarazo el 56.3%, el 36.3% fue captada en el segundo trimestre y un 7.4% fue captada en el tercer trimestre. En la población evaluada, se obtuvo un 56.3% de captación temprana y un 43.7% de captación tardía. Al analizar las variables de el momento de la captación versus número de consultas se registró

que un 47.3% de las pacientes captadas de manera temprana, asistieron a menos de cinco consultas de control prenatal y un 52.6% asistieron a cinco o más consultas. En aquellas captadas de manera tardía, un 61% asistieron a menos de cinco consultas y un 38.9% a cinco o más citas. Según la relación entre el estado de asegurada con respecto a la captación temprana, tenemos que un 93.4% si estaba asegurada, y un 6.6% no tenían seguro; mientras que aquellas pacientes captadas de manera tardía, un 96.6% estaban aseguradas y un 3.4% no contaban con seguro. En mas del 92% de los casos se cumplió con el envío de examen general de orina, glicemia y VDRL de acuerdo a la norma, mientras que el VIH se cumplió en el 87.4% y con respecto al hemograma se cumplió con un 83.6% para la primera toma y con un 24% para el segundo examen. Al analizar los resultados de los exámenes se encontró que la hemoglobina variaba en un rango de 10.2 a 15.7mg/dl, con un promedio de 13.2mg/dl y una moda de 14mg/dl en el primer control según la norma. En el segundo control, el cual debe ser enviado entre la semana 24-30, se encuentra que el rango va de 10.8 a 15.2, con un promedio de 12.8 y una moda de 10.8; con respecto al Hto este varió en un rango de 30.4% a 45.5% con un promedio de 38.7% y una moda de 40% en

el primer control según la norma. Para la segunda toma el rango fue de 31% a 45.1% con una media de 38 y una moda de 37.4. Al cruzar las variables de edad gestacional y primer hemoglobina control se encontró que solo uno de los casos presentó anemia gestacional. De las 127 gestantes a las que se les solicitó el VDRL, 115 fueron reportados, y de ellos uno fue positivo; en el caso del VIH se encontraron 105 reportes todos negativos. El resultado de la glicemia en ayunas se encontró en 114 de los casos, su resultado varió en un rango de 46mg/dl a 113mg/dl, con una media de 78.9 y una moda de 74. En el 46% de las gestantes se encontró alguna patología asociada, de las cuales la mas frecuente fue la infección del tracto urinario (40.7%). Otras patologías reportadas fueron anemia en el 2.9%, y solo un caso de hepatitis, fiebre reumática, NIC II y uno de sífilis primaria. Se relacionó la edad gestacional con respecto a la incidencia de infección del tracto urinario como patología asociada más frecuente, encontrándose que en el primer trimestre se presento un 52.6%, un 40.4% en el segundo trimestre y un 7% en el tercer trimestre. Según la clasificación del riesgo, un 53.6% fue clasificado como alto riesgo, un 46.4% representaron un riesgo moderado. Al 56.4% de las gestantes se les realizó la citología, de las cuales el 86% fueron

reportadas como inflamatorio, un 2.5% como displasia leve, un 1.2% como metaplasia epidermoide y el restante fue negativo.

DISCUSIÓN

El embarazo adolescente predomina entre los 15 y 19 años de edad y tan sólo un 1.4% corresponde a menores de 15 años. Se concuerda con la literatura que el mayor porcentaje de estas embarazadas son primigestas. Se observa que la gran mayoría de las adolescentes gestantes tiene un nivel educativo inferior a lo esperado para su edad, pues el último año aprobado fue sexto grado, sin embargo se nota que para madres primigestas, el porcentaje que aún se encuentra realizando sus estudios es muy semejante a aquellas que sólo aprobaron la primaria y dejaron de instruirse. Es importante considerar que en 12 de las pacientes, no se anotó dicha variable en el formulario u hoja del CLAP. Con respecto a la ocupación en el momento de la captación, un notable porcentaje continúa sus estudios como bien se especificó, sin embargo otro porcentaje importante son amas de casa (36.5%), interrogándose dicha variable en 126 de las 140 pacientes. La captación temprana prevalece sobre la tardía en un 12.6%, siendo indicado en el expediente de 135 pacientes. Dicho resultado se relaciona

estrechamente con el número de consultas a las que estas madres asistieron, ya que un 52.6% tienen 5 o más citas de control prenatal; así mismo estos resultados difieren de la literatura puesto que las madres de este estudio sí iniciaron tempranamente su control prenatal. En el 96.4% de las pacientes se valoró la condición de asegurada, y se observó que 128 de las pacientes tenía seguro y tan solo siete no lo eran. Al verificar si ésta variable tenía influencia importante sobre la captación temprana, se analizó que no hay interrelación, pues un 93.4% de las captadas eran aseguradas y un 96.6% de aquellas captadas de manera tardía también lo estaban, por lo que el no poseer seguro social no es causa de la no asistencia oportuna al control prenatal. Al evaluar el cumplimiento de la norma en cuanto al envío de exámenes de laboratorio, en trece expedientes no aparece el envío de los mismos por razones desconocidas ni justificadas. (1). En aquellos a los que sí se envió, un 92% cumple con el envío de EGO, glicemia y VDRL de acuerdo a la norma, mientras que el VIH se envía en un 87.4%, reportándose el 94.5% de ellos con resultado negativo; solo se reportan 115 de los 127 VDRL enviados, uno de ellos positivo. Con respecto al hemograma para primera consulta, se envía en un 83.6% y en un 24% para la segunda toma. Hay una deficiencia

importante en el cumplimiento de la norma para este laboratorio tan relevante. Para obtener los datos correspondientes a anemia en la gestante, se analizaron los resultados de acuerdo a la clasificación de anemia durante el embarazo del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (C.D.C.); quien propone valores menores de 11 mg/dl para el I y III Trimestre de gestación y de 10.5 mg/dl para el II Trimestre de gestación. (7) Así, con la primer hemoglobina control sólo se reporta un caso de anemia y para el segundo control, sólo un 5.88% de las embarazadas cursó con anemia. Con estos resultados se analiza la escasa prevalencia de anemia en la población de estudio; sin embargo es importante reconsiderar que a no todas las embarazadas se les envió el hemograma según lo especifica la norma. De las patologías asociadas, se observó una importante prevalencia de infecciones del tracto urinario, todas ellas recibieron tratamiento adecuado y hubo una tendencia predominante a instaurarse en el I Trimestre, con sólo una diferencia de 12.2% con respecto al II Trimestre y solamente un 7% de las gestante presentaron esta patología en el III Trimestre de gestación. Estos datos coinciden con el tratamiento oportuno de esta patología y el envío de EGO control en cada una de las citas subsecuentes de dichas pacientes,

así como el envío de urocultivo en aquellas que presentaron ITU resistente a tratamiento. El embarazo adolescente como tal, supone un riesgo; para efectos de este artículo, se clasifica como moderado riesgo y cualquier otro factor que se une a este, se clasificará como de alto riesgo. De lo anterior se extrae que un 46.4% de las gestantes, son de moderado riesgo, es decir, no se presentó otro factor de riesgo adicional, y en un 53.6% son de alto riesgo pues se captaban de manera tardía, eran multíparas, tenían patología de fondo como el antecedente de fiebre reumática, NIC II, o bien, desarrollaron sífilis, hepatitis o alteraciones en el Papanicolaou durante el transcurso del embarazo. Otro factor importante que se valoró fue el tabaquismo, el cual se halló en el 8.6% de los casos, esto sin tomar en cuenta el gran sesgo de recolección de información. En el 56.4% de las gestantes se encontró Papanicolaou reciente (un año previo al ser captada como adolescente gestante) o bien se realizó durante su control prenatal. La mayoría de reportes cursaron como inflamatorios y en un 2.5% se detectó displasia leve, siendo referida al segundo nivel de atención. Es importante analizar que un 43.6% de las gestantes no tenían Papanicolaou previo ni se realizó durante su control prenatal. Se concluye que hay un importante olvido en el

cumplimiento de las normas con respecto al momento de envío de los exámenes correspondientes por parte del médico de atención primaria, así mismo muchos de los expedientes no cuentan una hoja de CLAP correctamente llena que impide proporcionar datos más precisos. Es de vital importancia que toda mujer gestante tenga, al menos, un Papanicolaou antes o durante su control prenatal, como parte de la detección temprana del cáncer de cuello uterino, y más aún en la madre adolescente que se encuentra iniciando su vida reproductiva.

RESUMEN

El embarazo en adolescentes representó en el estudio realizado el 22% del total de los embarazos, lo cual coincide con lo descrito en la bibliografía para la situación nacional. Dentro de las principales características de las adolescentes embarazadas atendidas en la Clínica Dr. Francisco Bolaños durante los años 2004 y 2005, se halló que la condición de asegurada no representó un factor importante para que la adolescente contara con un adecuado control prenatal, también se describe que el 41% de las adolescentes presentaron un nivel educativo inferior al correspondiente para su edad. El 36.5% de las embarazadas no trabaja fuera del hogar ni estudia, el 43.7% fueron captadas en forma

tardía, sin embargo esto no influyó significativamente en el número de consultas obtenidas. La anemia gestacional se encontró en un bajo porcentaje, sin embargo el cumplimiento de la norma en el envío de un segundo hemograma fue deficiente; por el contrario la infección del tracto urinario se encontró en el 40.7%. Por último se encontró que el 8.2% eran tabaquistas activas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las Personas. Normas de Atención Integral en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Febrero 1995.
2. Hamilton, B et all. Preliminary births for 2004. NCHS Health E-Stats. Marzo, 2006.
3. J Epidemiol Community Health. 1999 Oct; 53 (10): 624-9.
4. J Med Assoc Thai. 2005. Dec; 88 (12): 1758-62
5. Lops VR, et all. Anemia in pregnancy. Am Family Physician 1995 Apr 51:5:1189-1197.
6. Ministerio de Salud. Situación de la Salud en Costa Rica, Indicadores Básicos 2005.
7. Omoniyi et all. Anemia in pregnancy and race in the United Status, Family Medicine. 2005; 37(9): 655-62.
8. Population Reports, Serie J, Volumen XXIII, Número 3, Octubre 1995.
9. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Teen Pregnancy's Link to Other Critical Social Issues. Washington, D.C. 2002.
10. UNICEF. Hechos y cifras 1998; Fundación PROCAL, San José, Costa Rica