



ORIGINAL

Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud

M.C. Alonso García^a, A. Piñana López^{a,*}, A. Cánovas Inglés^a, R. Luquín Martínez^a,
A.M. Muñoz Ureña^b y J.A. Piñana López^c

^a Centro Sanitario Virgen de la Caridad (Cartagena-Oeste), Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, Cartagena, España

^b Unidad Docente, Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, Cartagena, España

^c Instituto de Educación Secundaria de EE. MM., Consejería de Educación, Cartagena, España

Recibido el 11 de febrero de 2010; aceptado el 1 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 1 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Aborto;
Adolescente;
Embarazo

KEYWORDS

Abortion;
Teenager;
Pregnancy

Resumen

Introducción: Detección de los casos atendidos, debidamente codificados en atención primaria de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), embarazo no deseado (END) y anticoncepción de emergencia (AE) en adolescentes entre 13 y 18 años, atendidas en consulta a demanda en el Área de Salud de Cartagena.

Material y método: Estudio cuantitativo, longitudinal retrospectivo realizado con las codificaciones en OMI-AP de los Centros de Salud del Área II de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena (2003-2008, ambos inclusive) participando las adolescentes atendidas en consulta entre 13 y 18 años ambos inclusive, desde enero de 2003 a diciembre de 2008. Se estudiaron las variables por edad y origen de procedencia.

Resultados: El estudio incluye 227 casos de IVE, 235 de END, y 151 casos de AE, suponiendo más del 50% de los casos atendidos, adolescentes murcianas en todos los rangos de edad, con respecto al IVE y END entre 17 y 18 años y 15 y 16 años. Aunque en AE la muestra presenta el mayor porcentaje procedente de la comunidad de la Región de Murcia entre 15 y 16 años con significación estadística.

Conclusiones: La IVE sería atendida en igualdad de condiciones en todas las comunidades al ser ofertado desde el sistema público de salud. En los casos de END mejorar las condiciones actuales de la maternidad, así como las medidas de prevención del embarazo.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Unwanted pregnancy in teenagers in a health area

Abstract

Introduction: Detection of the cases duly coded as abortion, unwanted pregnancy and emergency contraception in teenagers, between 13 and 18 years of age in Primary Health Care, who were treated on demand in a primary health care clinic in Cartagena (Murcia).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonsopl@gmail.com (A. Piñana López).

Material and method: A retrospective, longitudinal, quantitative study carried out on the cases coded in OMI-AP software of the health centres, in Area II Primary Care Management of Cartagena (2003-2008 inclusive) conducted on teenagers between 13 and 18 years old, inclusive, seen in clinics from January 2003 to December 2008. Variables studied were: age and birth origin.

Results: The study included 227 cases of abortion; 235 unwanted pregnancies and 151 cases of emergency contraception, accounting for over 50% of all cases of teenagers treated, and teenagers from Murcia in all range ages as regards abortion, and UP between 17 and 18 years, and 15 and 16 years.

It is worth noting that emergency contraception has the highest rate sample in the community of Murcia between 15 and 16 year-olds, with statistical significance.

Conclusions: Abortion is treated equally in all communities, as it is offered by the public health system. In unwanted pregnancy cases, improving conditions for maternity is highly recommended and the prevention of pregnancy.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Ante la persistente incidencia de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y el incremento en la demanda de anti-concepción de emergencia (AE) en los últimos años, estamos asistiendo a un incremento desde atención primaria (AP) al embarazo no deseado entre adolescentes de edades comprendidas entre 13-18 años, este hecho ha aumentado su frecuencia debido a unos factores de riesgo como son la inmigración, familias disgregadas, bajo nivel cultural¹. Así como relaciones sexuales tempranas con suficiente información acerca de la educación sexual, pero mal abordaje para la prevención de un END (fig. 1).

La anticoncepción de emergencia, según la Organización Mundial de la Salud, es «un método de prevención de embarazos después de haber mantenido una relación sexual sin protección». En algunas comunidades de España se implantó la dispensación gratuita de AE para reducir los abortos en mujeres jóvenes y adolescentes, pero la experiencia demuestra que a pesar de esta alternativa, la tasa de abortos continúa creciendo de manera sostenida en todas las comunidades autónomas^{2,3} (figs. 2 y 3).

Conviene recordar el programa de la mujer que en AP es atendido por médicos y matronas, tanto para la evolución del embarazo como para la anticoncepción, siendo en ocasiones interdisciplinario con derivación a la unidad ginecológica de apoyo (UGA) o atención especializada. El

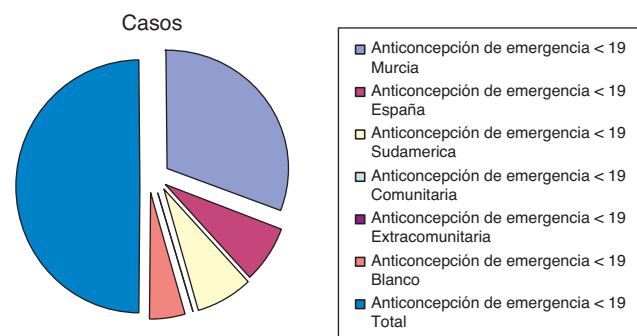


Figura 1 Anticoncepción de emergencias en menores de 19 años según su procedencia.

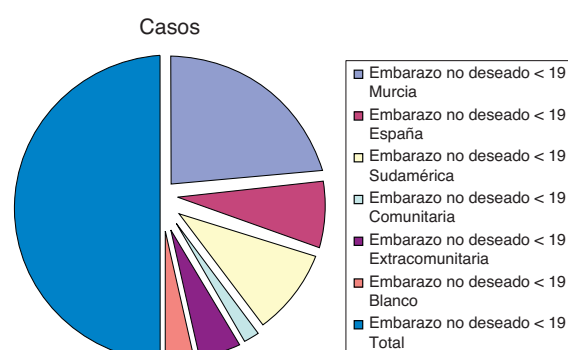


Figura 2 Embarazo no deseado en menores de 19 años según su procedencia.

seguimiento del embarazo en la adolescencia es un tema problemático entre los profesionales por las controversias legales que conllevaba el consentimiento informado paterno. Teniendo en cuenta los esfuerzos realizados por los centros de salud donde sus profesionales se implican en campañas divulgativas yendo a los centros educativos del área para la «Educación de la Salud» en los cursos escolares de 2.º y 3.º de la ESO^{4,5}.

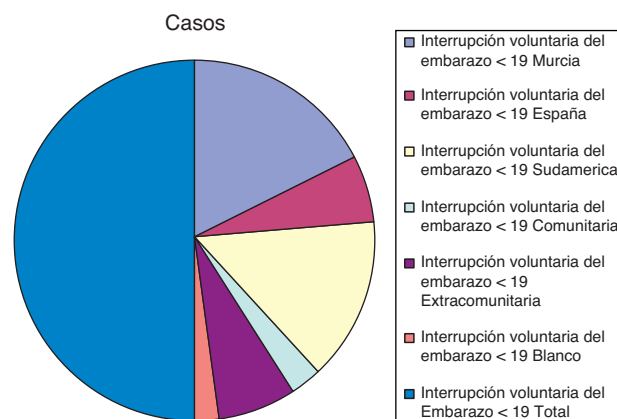


Figura 3 Interrupción voluntaria del embarazo en menores de 19 años según su procedencia.

No cabe duda que el adolescente más que nunca necesita del soporte familiar, social y legislativo para que cristalice una normativa que cubra todas las expectativas y pueda responder a la realidad que vive el adolescente en estos momentos con una toma de conciencia del problema, y asumiendo responsabilidades en edades tempranas⁶. La intervención del IVE es ofertada desde la consulta de AP a través de la trabajadora social, la prescripción de AE hasta 2008, e interconsulta a especializada en el END.

El objetivo de este estudio es conocer el número de pacientes adolescentes atendidas en el ámbito de AP del Área II de la Región de Murcia, de la red pública del Servicio Murciano de Salud que demandan asistencia por IVE, AE y END, así como su relación con el lugar de origen de la paciente.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y multicéntrico (en los 23 centros de salud del Área), a partir de datos obtenidos durante un periodo de 5 años (entre enero de 2003 a diciembre de 2008, ambos inclusive), en consultas de AP. La población de estudio fueron las mujeres entre 13 y 18 años, estudiadas en 3 grupos etarios de 13 a 14 años, 15-16 años y 17-18 años. Además se clasificaron las menores de 19 años según su origen de procedencia. Los datos son recogidos por las codificaciones del programa de historias clínicas OMI-AP con la explotación de datos del Área II del Servicio Murciano de Salud, desde el servicio informático de la Gerencia de Atención Primaria con anonimato del paciente, se obtuvo una población total (N) de mujeres entre

13-18 años de 12.436 de las cuales con codificación diagnóstica de IVE fueron 227 casos, con codificación diagnóstica de AE, 127 casos, y con codificación diagnóstica de END, 235 casos.

Simultáneamente se impartieron charlas por los sanitarios de los centros de salud en los colegios del área de «Educación para la Salud» (incluidos prevención de hábitos tóxicos y uso de preservativo para evitar el embarazo no deseado). Los resultados de los datos de la codificación diagnóstica fueron tratados con el programa informático SPSS de la unidad docente de la Gerencia de Atención Primaria.

Resultados

Se obtuvo una media de codificaciones diagnósticas por grupo etario (13-14 años, 15-16 años, y 17-18 años) de IVE de 91,6 casos con una desviación estándar de 61,5 en mujeres menores de 19 años. La frecuencia más alta de codificación diagnóstica de IVE es entre los 17-18 años suponiendo casi el 60% (136 casos) del total de la población estudiada; entre 13-18 años 227 casos estudiados en el área de Cartagena, cuyo origen supone 61% (83 casos) de la comunidad autónoma de la Región de Murcia.

La frecuencia de IVE entre 15-16 años supone el 31,3% (71 casos) del total entre 13-18 años con una incidencia del 62% (44 casos) de origen de la comunidad de Murcia. La frecuencia de IVE entre 13-14 años es del 8,8% (20 casos) del total de la muestra, suponiendo el 50% de Murcia (10 casos), como se muestra en la [tabla 1](#).

Con respecto al END el número total de casos codificados fue de 235 casos con una media de codificaciones por

Tabla 1 Interrupción voluntaria del embarazo

Código	Edad	Procedencia	Casos	% sobre el segmento de edad	% sobre el total de casos
IVE	13-14	Murcia	10	50,0	4,4
		España	1	5,0	0,4
		Sudamérica	5	25,0	2,2
		Comunitaria	0	0,0	0,0
		Extracomunitaria	1	5,0	0,4
		Blanco	3	15,0	1,3
		Total	20	100,0	8,8
	15-16	Murcia	44	62,0	19,4
		España	7	9,9	3,1
		Sudamérica	16	22,5	7,0
		Comunitaria	1	1,4	0,4
		Extracomunitaria	1	1,4	0,4
		Blanco	2	2,8	0,9
		Total	71	100,0	31,3
	17-18	Murcia	83	61,0	36,6
		España	16	11,8	7,0
		Sudamérica	20	14,7	8,8
		Comunitaria	4	2,9	1,8
		Extracomunitaria	6	4,4	2,6
		Blanco	7	5,1	3,1
		Total	136	100,0	59,9
	Total de IVE		227		100,0

IVE: interrupción voluntaria de embarazo.

Tabla 2 Embarazo no deseado

Código	Edad	Procedencia	Casos	% sobre el segmento de edad	% sobre el total de casos
Embarazo no deseado	13-14	Murcia	10	43,5	4,3
		España	0	0,0	0,0
		Sudamérica	10	43,5	4,3
		Comunitaria	0	0,0	0,0
		Extracomunitaria	1	4,3	0,4
		Blanco	2	8,7	0,9
		Total	23	100,0	9,8
	15-16	Murcia	56	55,4	23,8
		España	15	14,9	6,4
		Sudamérica	24	23,8	10,2
		Comunitaria	1	1,0	0,4
		Extracomunitaria	2	2,0	0,9
		Blanco	3	3,0	1,3
		Total	101	100,0	43,0
	17-18	Murcia	66	59,5	28,1
		España	12	10,8	5,1
		Sudamérica	23	20,7	9,8
		Comunitaria	4	3,6	1,7
		Extracomunitaria	3	2,7	1,3
		Blanco	3	2,7	1,3
		Total	111	100,0	47,2
	Total de embarazo no deseado		235		100,0

grupo etario de 161 y una desviación estándar de 82,6; muestra la máxima incidencia en edades comprendidas entre 17-18 años, suponen el 47,2% (111 casos) y corresponde el 59,5% (66 casos) a Murcia. La población comprendida entre 15-16 años supone el 43% (101 casos), presentan el 55,4% (56 casos) procedentes de Murcia. En edades comprendidas entre 13-14 años hay un 9,8% (23 casos) de la muestra, procedente de Murcia el 43% (10 casos), como se muestra en la [tabla 2](#).

De forma similar el estudio mostró cómo la codificación diagnóstica de la AE presentaba una media de 42,3 casos de los grupos etarios con una desviación estándar de 21,1. La AE presentaba un total de 127 casos con un pico de incidencia entre los 17 y 18 años presentando el 58,3% (74 casos) del total de AE.

En el rango de edad de 15-16 años Murcia muestra el 85,7% (36 casos). El porcentaje encontrado entre 13-14 años en la Región de Murcia es de 63,6% (7 casos). Se muestra en la [tabla 3](#).

Discusión

Los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad indican que el número de abortos realizado en nuestro país ha aumentado en un total 115.812 IVE en 2008, con un incremento de 3.675 con respecto a 2007, que corresponde al 3,2%, cifra que se traduce como un periodo estacionario, teniendo en cuenta el incremento 10,3% reflejado en 2007 y también por debajo del 6% experimentado en 2004⁷.

Ajustándonos a las tasas de abortos mostradas por el Ministerio de Sanidad y Política Social, las comunidades de Murcia y Cataluña (con 16,59 y 16,49/1.000 mujeres, respectivamente) son las más altas. Les sigue Madrid (15,79%), Baleares (14,13%) y Aragón (12,6%)⁴. Según nuestros datos las mayores tasas de abortos se dieron entre 17 y 18 años en adolescentes procedentes de la Región de Murcia que suponía 36,6%. La máxima incidencia de END (28,1%) se encontraba entre 17 y 18 años de la Región de Murcia y algo inferior entre 15 y 16 el 23,8%.

Murcia era la comunidad autónoma donde los adolescentes entre 17 y 18 años demandaban más la anticoncepción de emergencia (44,9%) con diferencia del resto de la población, le seguía la población entre 15 y 16 años de la Región de Murcia con el 28,3% y, por último, de 13 a 14 años de la Región de Murcia con el 5,5%.

Las adolescentes murcianas (entre 17 y 18 años) destacaban con diferencia de otras de diferente procedencia, como demandantes de IVE (36,6%, 83 casos). Los profesionales sanitarios, al igual que otros estudios europeos⁸⁻¹⁰ vemos como un fracaso en las medidas de prevención la AE, cuando el 28,3% (36 casos) de las adolescentes del total eran murcianas de 15 a 16 años acudían a consulta por rotura del preservativo; lo cual hacía sospechar que no había habido ningún método anticonceptivo y que todas las medidas dirigidas para evitar END son insuficientes para conseguir nuestro fin, por lo que estimamos los autores del estudio que es más eficiente la libre dispensación de preservativos en centros sanitarios o centros juveniles, compartiendo opinión publicada¹¹, para evitar que los adolescentes con escasos

Tabla 3 Anticoncepción de emergencia

Código	Edad	Procedencia	Casos	% sobre el segmento de edad	% sobre el total de casos
AE	13-14	Murcia	7	63,6	5,5
		España	1	9,1	0,8
		Sudamérica	2	18,2	1,6
		Comunitaria	0	0,0	0,0
		Extracomunitaria	0	0,0	0,0
		Blanco	1	9,1	0,8
		Total	11	100,0	8,7
	15-16	Murcia	36	85,7	28,3
		España	0	0,0	0,0
		Sudamérica	1	2,4	0,8
		Comunitaria	3	7,1	2,4
		Extracomunitaria	1	2,4	0,8
		Blanco	1	2,4	0,8
		Total	42	100,0	33,1
	17-18	Murcia	57	77,0	44,9
		España	5	6,8	3,9
		Sudamérica	11	14,9	8,7
		Comunitaria	0	0,0	0,0
		Extracomunitaria	1	1,4	0,8
		Blanco	0	0,0	0,0
		Total	74	100,0	58,3
	Total de AE		127		100,0

AE: anticoncepción de emergencia.

recursos se vean abocados a un IVE como única opción, por fracaso de las medidas de prevención. Así mismo, la realización de campañas de educación para la salud podría evitar las cifras actuales de END¹²⁻¹⁵.

El estudio tiene como limitación que se basa en las codificaciones del OMI-AP, programa informático de gestión de consultas por lo que presuponemos que las codificaciones son correctas por parte de los médicos de familia que las realizan.

Conclusiones

Este estudio revela que nuestro objetivo desde atención primaria debe ser la prevención, para evitar que por falta de recursos se vean abocadas las adolescentes a la realización de un IVE como única opción. Del estudio se deduce que se deben mejorar las medidas de prevención del END y aplicación de nuevas técnicas en las campañas de educación para la salud, para motivar más a los adolescentes, ya que la población autóctona de la zona supone la gran mayoría del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lee SH, Yen CH, Wu WY, Lee MC. A review on adolescent child-bearing in Taiwan: its characteristics, outcomes and risks. *Asia Pac J Public Health*. 2007;19:40–2.
2. Sarrat MA, Yáñez F, Vicente A, Muñoz S, Alcalá J, Royo R. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias hospitalario: la experiencia de un año de gratuidad. *Emergencias*. 2008;20:108–12.
3. Piñana López A. Anticoncepción de Emergencias en el Hospital. *7 Días Médicos*. 2008;758:28.
4. Europa Press. La comunidad registra en 2008 la mayor tasa de abortos del país (16,59%). *Crónica del sureste*. 2009; 11:3.
5. Fernández C, Burgos A, Sánchez E. El riesgo del embarazo en la adolescencia. *Aten Primaria*. 1992;9:90–8.
6. Santelli JS, DiClemente RJ, Miller KS, Kirby D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med*. 1999;10:87–108.
7. Redacción. Madrid. Más de 100.000 abortos al año. *Jano*. 2008;1678:17.
8. Amu O, Appiah K. Teenage pregnancy in the United Kingdom: are we doing enough? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11:314–8.
9. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007;369:1220–31.
10. Bonell C, Fletcher A, McCambridge J. Improving school ethos may reduce substance misuse and teenage pregnancy. *BMJ*. 2007;334:614–6.

11. Morales T. ¿Qué hay de lo mío? El aborto hoy y los conflictos que sigue planteando. *Cosmopolitan España*. 2008;4: 104–8.
12. Brown RT. Pregnancy and abortion in adolescents. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2006;3 Suppl 1:167–9.
13. Stevens-Simon C, Sheeder J, Harter S. Teen contraceptive decisions: childbearing intentions are the tip of the iceberg. *Women Health*. 2005;42:55–73.
14. Bennett SE, Assefi NP. School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *J Adolesc Health*. 2005;36:72–81.
15. Bonell CP, Strange VJ, Stephenson JM, Oakley AR, Copas AJ, Forrest SP, et al. Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: development of hypotheses using baseline data from a randomised trial of sex education. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:871–6.