



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1996; 42 (1): 10-15

Anticoncepción en adolescentes

DRS. NEVIA PUNIS, ANA CAJAS, JORGE PARRA, LUÍS TÁVARA

Resumen

Objetivo: Examinar comparativamente el uso de anticonceptivos entre la población de adolescentes y no adolescentes y precisar los efectos que la anticoncepción ha producido en la proporción de embarazos en adolescentes y espaciamiento de los mismos en los últimos años. **Métodos:** Se examinó los registros de anticoncepción en los ambientes de consultorios externos, atención ambulatoria del aborto incompleto y purpéras. Se separados grupos: adolescentes y no adolescentes y se examinó la proporción de uso de anticonceptivos y la preferencia de los métodos. Los resultados fueron sometidos a cálculo estadístico chi cuadrado. A través del Sistema Informático Perinatal se determinó la frecuencia de partos en adolescentes desde 1988 a 1995 y en 14 misma población se examinó el intervalo intergenésico, con cuyos valores se construyó una línea de regresión. **Resultados:** La proporción de adolescentes atendidas en el consultorio externo de planificación familiar tiene una ligera tendencia a incrementarse de un año a otro pero sin significancia estadística. Las adolescentes demandaron terapia anticonceptiva en la misma proporción que las no adolescentes en el postparto y en el postaborto. **Conclusión:** La prestación de servicios de anticoncepción a los adolescentes ha contribuido a reducir ligeramente la proporción de parturientas y a espaciar el intervalo intergenésico.

Palabras clave: Adolescencia. Anticoncepción. Anticoncepción en adolescentes.

Summary

Objective: To compare the contraceptive use rate between adolescents and no adolescents. To precise impact of contraception in pregnancy rate and intervale from pregnancy to pregnancy in adolescents. **Methods:** The authors examined registers of contraception in outpatients, ambulatory abortion attention and puerveras. In the two groups, adolescents and no adolescents X2 was applied also, the authors revised Perinatal Informatic System from 1988 to 1995 to determine adolescents delivery rate and interval from pregnancy to pregnancy. **Results:** The adolescents attended as outpatients is slightly more in 1995 with respect to 1994, but the difference is no significative. The adolescents Proportion that required contraceptive therapy is similar to the no adolescents in the postpartum and postabortion period. **Conclusion:** Contraception service to adolescents contributed to slightly reduce delivery rate and to enlarge the interval from pregnancy to pregnancy.

Key words: Adolescents. Contraception. Contraception in adolescents.

Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital "María Auxiliadora"



Introducción

La vida sexual en los jóvenes empieza cada vez más temprano como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Uno de los efectos negativos de esta precocidad en la vida sexual es el embarazo y todas sus consecuencias. Se ha informado que la actividad sexual a edades cada vez más tempranas expone a las jóvenes a la posibilidad de un embarazo que con frecuencia es no deseado, el matrimonio no planeado, la unión informal, la separación temprana, abandono de la escuela, discriminación social y familiar y como consecuencia una frustración en las expectativas de los adolescentes^(3,5-7).

Los adolescentes (entre 10 y 19 años) constituyen un grupo que cada día tiene más importancia en todos los países de América Latina y particularmente en el Perú⁸. En nuestro país la población de adolescentes representa alrededor del 25% de toda la población⁹. Si bien es cierto que la tasa de fecundidad en este grupo etáreo ha disminuido algunos puntos¹⁰, es importante destacar los riesgos que representa el embarazo no deseado para una joven, que puede derivar en aborto inducido y muerte materna¹¹. Los embarazos ocurren en las adolescentes porque la mayoría de ellas posterga el uso de anticonceptivos al iniciar sus experiencias sexuales, y las más jóvenes no los utilizan⁴.

Tabla 1. Usuaris nuevas en consultorio de planificación familiar				
	1994(1)		1995(2)	
	n	%	n	%
Usuaris nuevas				
Adolescentes	37	9,2	82	9,5
No adolescentes	402	90,8	781	90,5
P:N.S.				
(1) enero-junio 1994				
(2) enero-junio 1995				

En 1984 publicamos un trabajo sobre anticoncepción en adolescentes, según el cual un 4,2% de las usuarias de anticoncepción en el Hospital San Bartolomé y en el Instituto Marcelino estaba constituido por adolescentes¹².

Dada la indicación de postergar el embarazo o facilitar el esparcimiento de los mismos, la anticoncepción ha devenido como una necesidad de salud en los adolescentes, por lo que hemos querido realizar un estudio comparativo dentro del Programa de Atención Integral al Adolescente que se iniciara en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora" (HAMA) en 1990¹³, para determinar el grado, de uso de los anticonceptivos y las repercusiones de los mismos sobre la fecundidad de las adolescentes.

Material y Métodos

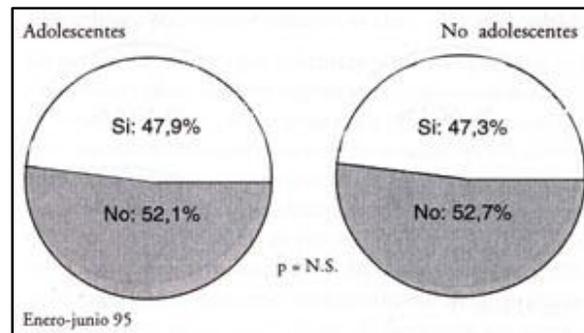
En el Departamento de Ginecoobstetricia del HAMA, desde su apertura, la metodología anticonceptiva se otorga en los consultorios externos. Además, desde octubre de 1991 se administra anticonceptivos en el postparto y desde noviembre de 1994 en el postaborto atendido ambulatoriamente.

Para efectuar el presente estudio se revisó los registros del consultorio de Planificación Familiar (PF) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero, y el 30 de junio de 1994 y 1995. Se separó el grupo de adolescentes y no adolescentes y se separó la metodología anticonceptiva administrada. Igualmente, se revisó los registros de atención ambulatoria del aborto incompleto desde el 1 de enero, al 30 de junio de 1995 y se separó la población de adolescentes de las no adolescentes, precisándose en ambos grupos el uso de anticonceptivos postaborto y el utilizado.



Tabla 2. Métodos utilizados por adolescentes	
Método	%
- DIU	39,6
- Inyectable	24,8
- Barrera	23,5
- Píldora	7,4
- Norplant	4,7
Enero 94-junio 95	

Figura 1. Anticoncepción postaborto



El banco de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) proporciona el número de atención de partos en adolescentes y no adolescentes en el periodo que va del 1 de julio de 1988 al 30 de junio de 1995. De estos grupos escogimos las atenciones que se dieron del 1 de enero 1993 al 30 de junio de 1995 administración de anticonceptivos a las puérperas. Además hubo de consultar los registros de anticoncepción postparto que se lleva en el Departamento de Ginecoobstetricia. Las diferencias entre ambos grupos fueron examinadas prueba de chi cuadrado. Finalmente, a través del SIP se determinó el intervalo intergenésico en las adolescentes y se construyó una línea de regresión a lo largo de los años desde 1988 a 1995, a la que se le aplicó análisis con r de Pearson. Significancia estadística en este caso y en los anteriores se dio cuando $P < 0,05$.

Resultados

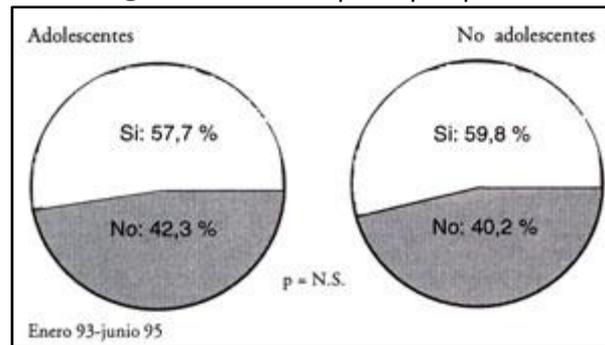
Durante el periodo de enero, a junio de 1994 se atendió en el consultorio externo de PF un total de 439 usuarias nuevas de anticoncepción, de las cuales 37 (9,2%) fueron adolescentes, 402 (90,8%) fueron no adolescentes. En el mismo periodo en 1995, se atendió un total de 863 usuarias nuevas de anticoncepción, entre las cuales 82 (9,5%) fueron adolescentes y 781 (90,5%) no adolescentes. En la Tabla 1 se muestra que el número de usuarias aumenta de un año a otro, que la proporción de adolescentes se incrementa ligeramente, pero sin significancia estadística.

En la Tabla 2 puede observarse que entre los diferentes métodos anticonceptivos ofertados en la consulta externa, las adolescentes demandaron mayormente el DIU (40%), siguiendo el inyectable y los métodos de barrera.

Tabla 3. Métodos anticonceptivos postaborto		
	Adolescentes	No Adolescentes
- Inyectable	52,2 %	47,7 %
- DIU	26,1 %	34,2 %
- Píldora	17,4 %	10,6 %
- Barrera	4,3 %	4,0 %
- AQV		3,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Enero-junio 95		



Figura 2. Anticoncepción postparto



De enero a junio de 1995 se efectuó un total de 4554 evacuaciones uterinas en forma ambulatoria por aborto incompleta, no complicado, dentro de las cuales hubo 48 adolescentes que representan el 10,6% sobre el total. Según la Figura 1, entre las 48 adolescentes atendidas, 23 (47,9%) recibió metodología anticonceptiva, previa consejería; mientras que entre las 406 no adolescentes un 47,3% hizo uso de anticonceptivos. No existe diferencia estadística entre ambos grupos.

La Tabla 3 muestra la predilección por el inyectable en ambos grupos, siendo ligeramente mayor en la población de adolescentes. Puede apreciarse también que la AQV sólo se administró en el grupo de no adolescentes.

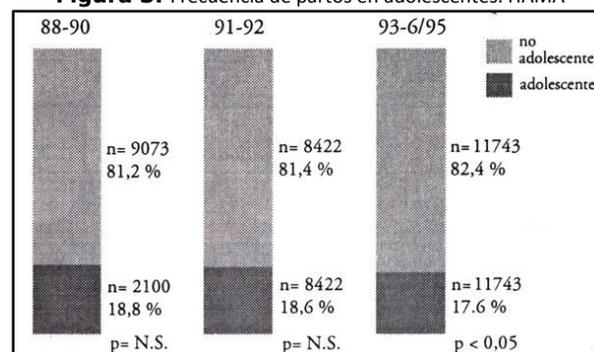
Desde enero de 1993 a junio de 1995 se atendió un total de 14247 partos, de los cuales 2504 correspondieron a mujeres adolescentes (17,6%). En este grupo, 1443 (57,7%) recibieron anticoncepción postparto, mientras que esto ocurrió en 7016 (59,8%) no adolescentes. En la Figura 2 se muestra que no hay diferencia significativa entre ambos grupos. La Tabla 4 muestra, al igual que en el postaborto, que existe predilección por el inyectable. Los 8 casos que aparecen de AQV en adolescentes obedecieron a causas estrictamente médicas.

La figura. 3 muestra la proporción de parto en adolescentes durante tres períodos: Julio 1988-diciembre 1990, enero 1991-diciembre 1992 y enero 1993-junio 1995. Puede observarse que los partos en adolescentes han representado sucesivamente 18,8%, 18,6% y 17,6%, lo que revela una tendencia a la disminución, y cuando se aplicó el cálculo estadístico, la diferencia resultó significativa entre los dos últimos periodos.

Tabla 4. Métodos anticonceptivos postparto en adolescentes

Método	%
- Inyectables	54,5
- DIU	23,5
- Barrera	16,5
- Píldora	4,8
- AQV	0,6

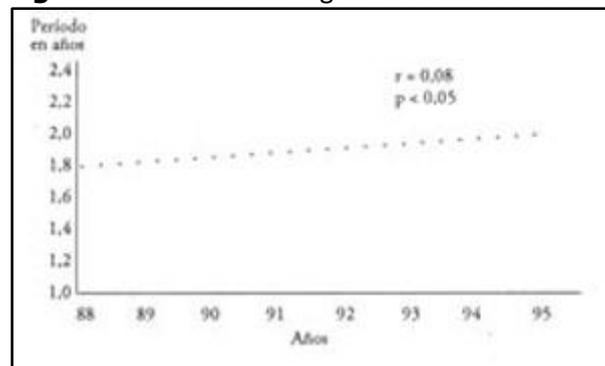
Figura 3. Frecuencia de partos en adolescentes. HAMA





Finalmente, en la Figura 4 se muestra la tendencia del intervalo intergenésico en el grupo de adolescentes desde 1988 a 1995. Puede observarse claramente cómo a medida que nos acercamos a 1995 el intervalo entre embarazo y embarazo tiende a ser mayor, lo cual al aplicar el análisis estadístico en la línea de regresión nos revela significancia ($p < 0,05$).

Figura 4. Intervalo intergenésico en adolescentes



Discusión

Para enfrentar el problema del embarazo en las adolescentes existen diferentes estrategias de intervención³ las que se puede resumir como sigue:

Las personas jóvenes no casadas deberían evitar las relaciones sexuales, puesto que uno de sus riesgos es el embarazo no planeado. Para ello es prudente tener muy claro que será necesario estimular el mantenimiento en la población joven de los valores tradicionales de la castidad¹⁴.

No debería promoverse el sexo entre los adolescentes; Pero, las campañas cuya única intención es promover la castidad entre los jóvenes no han probado ser efectivas. Debido a que una gran proporción de adolescentes son sexualmente activos, parece prudente proporcionar información exacta sobre biología reproductiva a edad temprana. Tal información es un componente esencial de la educación Para la vida familiar, cuya meta fundamental debería ser promover la decisión racional e informada acerca de la sexualidad. Además, la información no reducirá las tasas de embarazo, a menos que los servicios de anticoncepción están también ampliamente disponibles. La prevención del embarazo debe reducir la incidencia de nacimientos y abortos en las adolescentes.

La tardanza en obtener y utilizarlos anticonceptivos exponen a las adolescentes al embarazo indeseado y sus graves consecuencia⁴.

Si bien es cierto que en el HAMA no estamos haciendo prevención primaria del embarazo en adolescentes, sí venimos haciendo mucho énfasis en la prevención secundaria a fin de que las mujeres adolescentes que ya han tenido parto o aborto, puedan disponer de metodología anticonceptiva para espaciar los embarazos y nacimientos. La atención de PF a las adolescentes en los diferentes ambientes de trabajo del HAMA nos ha permitido aumentar la oferta. Es por ello que, de acuerdo a lo observado en la prestación de servicios de PF a nivel de consulta externa, se ha incrementado en general la captación de usuarias de anticoncepción y existe un pequeño incremento aunque no significativo en el grupo de adolescentes. Pero si lo comparamos con una publicación anterior, es claro que ha crecido¹².

En general, las mujeres que concurren al HAMA por presentar aborto incompleto, desde de Emergencia para prestar atención a su problema de salud; pero se les realiza consejería en anticoncepción. El propósito es contribuir al esparcimiento de los embarazos y evitar una gestación no deseada, reducir la posibilidad de aborto séptico y, como consecuencia de ello, reducir la muerte por aborto¹⁵. Con este objetivo, muy claro se ha conseguido que el 50% de las adolescentes que concurren para atención de un aborto incompleto no complicado, luego de la evacuación dispongan de un método anticonceptivo seguro.



En un estudio anterior en HAMA se pudo obtener que el 68,77% de las adolescentes puérperas aseguraban no haber planeado sus embarazos y un alto porcentaje de ellas desea acceder a metodología anticonceptiva¹⁶. Según esto, desde octubre de 1991, hemos implementado en el HAMA la anticoncepción postparto, habiendo conseguido que casi el 60% de las adolescentes dispongan al alta de un método para espaciar los nacimientos.

Las diferentes acciones desplegadas en los últimos años creemos que han contribuido a, reducir discretamente la proporción de adolescentes que dan a luz en el HAMA y en forma gratificante apreciamos que el intervalo intergenésico en las jóvenes, tiende a hacerse mayor con los años. Estos últimos hallazgos constituyen logros positivos que la anticoncepción viene logrando en la salud reproductiva de las adolescentes. Sin embargo nos reafirmamos que esto de ninguna manera excluye la necesidad de la educación sexual, la educación para la vida familiar y la motivación para rescatar los valores tradicionales a fin el postergar el inicio de la actividad sexual en los jóvenes.

Referencias Bibliográficas

1. Klein L. Antecedente de embarazo en adolescentes Clin Obstet Ginecol 1978; 4: 1199-208.
2. The Alan Guthmacher Institute. 11 Million teenagers. The Planned Parenthood Federation of America. New York, 1976.
3. Hatrcher R, Trussell J, Stewart F, Stewart G Kowal D et al. Contraceptive technology, 16 Ed. Revised New York: Invington Pub 1994; pág. 571-600.
4. Emans J. Anticoncepción en la adolescencia. Avances en salud reproductiva, 1993 (3): 1-8.
5. Loli A. Sexualidad en la adolescencia. Servicio médico materno infantil "San Alfonso"
6. Távara L, Farfán H, Sánchez E, Herrera C, Moreno D. La edad como factor de riesgo de primerizas. Acta médica Peruana 1984; 11 (4): 36-42.
7. Távara L, Pinedo A, Parra J, Vereau D, Ayasta C. Comportamiento reproductivo de las adolescentes X Congreso Peruano de Obstetricia. Tomo del congreso Lima-Perú 19991; pág. 106-13.
8. Toro H. La adolescencia en la Región de la América Latina y el Caribe. En FNUAP: Adolescencia enfoque integrado. Seminario interim. Santiago de Chile, Nov 1994, pág. 4-16.
9. INEI. Censos de Población. Lima-Perú 1993.
10. INEI. Encuesta demográfica y de salud (ENDES II). Informe final. Lima-Perú 1992.
11. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en el Hospital del Perú. Ministerio de Salud-Sociedad peruana de Obstetricia y Ginecología-OPS/OMS, Lima-Perú 1988.
12. Ludmir A, Távara L, Larrañaga A, Sánchez R, Vega L. Moreno D. Redhead R. Contracepción en adolescentes. Acta médica Peruana 1984; 11 (2): 55-8.
13. Hospital María Auxiliadora. Programa de atención integral al adolescence. Lima-Perú 1990.
14. Saluter A. Marital status and living arrangements: March 1991. U. S. Bureau N.º 461, 1992.
15. Chumbe O, Távara L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. Ginecología y Obtetricia (Lima-Perú) 1994; 40 (1): 49-54.
16. Verau D. Pinedo A távara L. Conocimiento y actitudes sobre el embarazo y anticonceptivis en puérperas adolescentes. Ginecología y Obstecticia (Lima- Perú) 1995; 41 (1): 20-3.