

CONTRACEPCION EN ADOLESCENTES (*)

ABRAHAM LUDMIR
LUIS TAVARA
ALFREDO LARRAÑAGA
RICARDO SANCHEZ
LUIS VEGA
DELIA MORENO
ROBERTO REDHEAD

RESUMEN

Se evalúa 639 adolescentes que acudieron al Hospital San Bartolomé y al Instituto San Marcelino entre los años 1977 y 1982, constituyendo el 4.22 o/o del total de usuarias. El 12.67 o/o de los casos tenía menos de 16 años de edad; sólo el 5.45 o/o no tuvo embarazo previo. La mayoría de los casos —64.32 o/o— prefirieron el D.I.U. como método y, en segundo lugar —18.16 o/o—, la tableta anticonceptiva. En 13.93 o/o se administró progestinas de depósito.

El método más eficaz y con menor porcentaje de fallas —0.74/100 años mujer— fue la tableta anticonceptiva, contra el 3.6 de fallas con el D.I.U.

Se observó más complicaciones con el D.I.U. —28 o/o— y con la amenaza adicional de complicaciones potenciales.

INTRODUCCION

La Pubertad es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, algunas veces difícil de identificar y con marcadas variantes entre uno y otro grupo humano.

En el mundo de hoy, el embarazo y el parto se presentan a una edad más temprana en una proporción mayor que en épocas pasadas, condicio-

nando consecuencias adversas desde el punto de vista de Salud Pública, demografía y/o actitudes sociales. Es muy conocido el hecho que la actividad sexual entre adolescentes ha ido aumentando en países desarrollados como Estados Unidos e Inglaterra, no contándose con suficiente información sobre lo que realmente ocurre en países subdesarrollados.

La adolescente es muy difícil de entender o tratar, ya que está en un constante cambio físico, emocional y social. El grupo de motivación más importante con que cuentan es el grupo de amis-

(*) Hospital San Bartolomé, Instituto San Marcelino.

tades personales, constituyendo tanto su familia como la profesión médica una especie de observadores que tratan de ayudar desde fuera.

En el mundo de hoy los argumentos tradicionales, morales, sociales y médicos contra el uso de anticonceptivos, ya no tienen mayor importancia para la adolescente, ya que en todo caso las previene —al final de cuentas— de un embarazo no deseado (4, 5 y 13).

Durante el año 1982, el Perú tenía una población de 18'225,700 habitantes. El 20.8 o/o lo constituían mujeres cuya edad fluctuaba entre los 15 y 44 años; hubo una producción de 895,600 partos o sea el 4.9 o/o de la población total. La tasa de fecundidad de la mujer peruana es de 5.3, más del doble que la tasa de aquellos países en donde la mujer ha llegado a obtener derechos y oportunidades relativamente iguales a las del hombre.

En nuestro país, la regulación reproductiva está relacionada con los niveles tanto cultural como socioeconómico y tecnológico.

Es evidente que hay familias privilegiadas que tienen un acceso mucho más fácil a los niveles antes señalados. Los grupos familiares de nivel socioeconómico bajo terminan sufriendo una desproporcionada explosión familiar.

Hay muy pocos trabajos en el País que están relacionados con la actividad reproductiva de la adolescente y ningún trabajo que tenga relación con métodos anticonceptivos.

Esta evaluación es el primer intento a nivel local. El Hospital San Bartolomé y el Instituto Marcelino tienen un programa de Planificación Familiar, en una zona de bajo nivel socioeconómico, pero en donde la mayoría de la población tiene educación básica y el 82 o/o conoce por lo menos un método anticonceptivo.

El propósito de este trabajo ha sido la observación de lo que ocurrió con los 15,140 casos que acudieron al programa durante los años 1977 al 82 y, en particular, observar lo ocurrido con las 639 adolescentes que constituyeron el 4.22 o/o del total de usuarias.

MATERIAL Y METODOS

El Servicio de Planificación del Hospital San Bartolomé y del Instituto Marcelino, atiende a toda paciente que acude pidiendo algún tipo de método anticonceptivo.

Se efectúa una Historia única ad-hoc, llenada por una Obstetrix o por un Médico, y se discute con el paciente las ventajas y desventajas de los diferentes métodos; no se proporciona al paciente ningún material escrito.

Las edades de las adolescentes que acudieron a este Servicio durante los años 1977 al 82 se aprecian en la Tabla No. 1.

TABLA Nº 1

Edad	Nº	o/o
15 años	26	4.07
16 "	55	8.60
17 "	171	26.77
18 "	387	60.56

La mayoría de los casos había tenido la historia de, por lo menos, un embarazo previo, tal como se aprecia en la Tabla No. 2.

TABLA Nº 2

Paridad	o/o
Para 0	5.45
Para 1	64.79
Para 2	21.69
Para 3	5.59
Para 4	2.48
	100.00

RESULTADOS

Los métodos usados en las 639 usuarias fueron los siguientes:

TABLA Nº 3

Métodos	Nº	o/o
D.I.U.	411	64.32
La píldora	116	18.16
Inyectable de depósito	89	13.93
Tableta post coital	13	2.04
Condón	6	0.93
Espermaticida	4	0.62
		100.00

1. Dispositivos Intrauterinos

Los tipos de D.I.U. utilizados fueron el Lippes en 310 mujeres (75 o/o), los anillos en 62 mujeres (15.5 o/o) y la T de cobre en 39 mujeres (9.4 o/o). No se ha podido obtener la T de cobre para uso masivo.

De las 411 usuarias de D.I.U., 56 (13.6 o/o) lo expulsaron, en 123 hubo que removerlos (29.9 o/o) y no retornaron para control 78 usuarias (19 o/o).

Como se puede colegir, al final de los 5 años, un 37.5 o/o de usuarias aún mantenían el D.I.U. in situ.

Las complicaciones por el D.I.U. son presentadas en la Tabla No. 4.

Como se puede observar en la Tabla 5, hubo casi un 30 o/o de remociones, el 10 o/o de los cuales ocurrió al final de 2 años porque el contenido en cobre obligó a la remoción del artefacto en ese lapso.

La Tabla 6 muestra la tasa de fracasos.

TABLA Nº 4

COMPLICACIONES			
	D.I.U.	Píldora	Inyectable Depósito
No. Usuarías	411 (64.3)	116 (18.2)	89 (13.9)
Dolor	56 (13.6)		
Hemorragia	32 (7.8)	7 (6.1)	7 (7.8)
Endometritis	18 (4.4)		
Hemorragia + Dolor	4 (1.0)		
Amenorrea	4 (1.0)	11 (9.5)	11 (12.4)
D.I.U. perdido	10 (0.2)		
Cefalea		4 (3.4)	
Irritabilidad		2 (1.7)	
TOTAL	124 (30.2)	24 (20.7)	18 (20.2)

* Entre paréntesis, Porcentajes.

TABLA Nº 5

RAZON DE INTERRUPTON DE METODO			
	D.I.U.	Píldora	Inyectable Depósito
Cambio de Método	43 (10.5)	32 (27.6)	44 (49.4)
Abandono		38 (32.8)	28 (31.5)
Deseo Embarazo	25 (6.1)		
Dolor	22 (5.4)		
Hemorragia	19 (4.6)	1 (0.9)	
Embarazo	8 (2.0)	1 (0.9)	
Temor	1 (0.2)		
Cefalea		1 (0.9)	
Desconocido	5 (1.2)		
TOTAL	123 (29.9)	73 (62.9)	72 (80.9)

* Entre paréntesis, Porcentajes.

TABLA Nº 6

TASA DE FRACASOS			
	D.I.U.	Píldora	Inyectable Depósito
Número de ciclos	8,597	1,644	1,434
Índice de Pearl (por 100 años mujer)	3.6	0.74	0.0

2. Tabletas o "Píldoras" anticonceptivas

La Tabla No. 4 muestra las complicaciones con las Tabletas anticonceptivas, observándose que el porcentaje es menor que con los D.I.U.

En la Tabla No. 5 puede apreciarse que hay una tasa muy alta de abandono de método, sobre todo en los primeros 2 años de uso. Al evaluar la tasa de fracasos (Tabla No. 6), no hay duda sobre la eficacia del método.

3. Inyectables de Depósito

Como se ve en la Tabla No. 4, la amenorrea es una consecuencia muy importante en el uso de los inyectables de depósito.

Un alto porcentaje de casos, abandonaron el método por sugerencia facultativa frente a los casos de inbalance hormonal condicionados por el fármaco (Ver Tabla No. 5).

En la Tabla No. 6, puede apreciarse que el método de inyectables de depósito tiene una alta eficacia.

4. "Condón" y cremas espermaticidas

Tres de las 5 usuarias de condón abandonaron el método y 2 lo cambiaron.

Con respecto a las cremas espermaticidas, 3 de las 4 usuarias las abandonaron y 1 cambió de método.

DISCUSION

La adolescente requiere un método anticonceptivo seguro, altamente efectivo y con comodidad en su uso, ya que de otra manera abandonaría el método. Tal cosa no ocurre con la joven educada sobre el uso de diferentes métodos contraceptivos.

Los resultados en el uso de los D.I.U. con la tasa de 14 por ciento de expulsión y el 3.60 o/o de fallas hacen suponer que este método actualmente no sería justificado como una primera alternativa de anticoncepción en la joven adolescente; Timonen y Lunkkainen observaron en Finlandia una alta tasa de embarazos: 3.3 o/o y altas tasas de remoción por motivos médicos (10).

La enfermedad inflamatoria pélvica es común en las jóvenes y su posibilidad disminuye a medida que avanza la edad de la usuaria. Targum y Wright apreciaron una asociación muy ostensible entre el uso de los D.I.U. y la metroanexitis (6, 10).

Westrom (14) observó que las nulíparas tenían 7 veces más riesgo de adquirir una infección pélvica, con el uso de los dispositivos.

Robert A. Hatcher (6) hace énfasis en la posibilidad de obstrucción tubaria por proceso inflamatorio dependiente del uso del D.I.U. Algunas de las pacientes con dolor y/o hemorragia de larga data pueden haber tenido un cuadro de endometritis larvada por un tiempo más o menos largo. Estudios recientes concluyen que se observa gérmenes en el útero de aquellas mujeres en donde había sido removido el dispositivo; la cola del artefacto podría ser el factor que predispone al ascenso de las bacterias hacia la cavidad uterina. Por eso, consideramos que el dispositivo intrauterino sería una alternativa inadecuada como método a ser utilizado por la adolescente, particularmente porque existe riesgo en su futuro reproductivo; por otro lado, nuestras fallas con el método fueron también relativamente altas (6, 11, 14).

La preferencia de nuestras adolescentes por el

dispositivo se debió probablemente a que 94 o/o de las mismas ya habían tenido embarazo previo, y no fueron suficientemente orientadas con las posibles complicaciones dependientes del uso del D.I.U.

Podríamos colegir que, en esta edad, la tableta podría ser el método de elección, en donde naturalmente no hubiera ningún tipo de contraindicaciones ni historia de irregularidades menstruales. Algunos autores sugieren la minipíldora en aquellos casos en donde haya historia de irregularidad menstrual o violación.

La tableta anticonceptiva actual tiene una cantidad de esteroides mucho menor y, por ende, presenta reducción de sus efectos metabólicos. Pero, hay con este tipo de anticonceptivos una disminución de la eficacia y una mayor tendencia al sangrado por privación (7, 9, 12).

El principal problema con la tableta anticonceptiva es que requiere ser ingerida diariamente y las jóvenes no son capaces de ingerir las tabletas por períodos largos de tiempo. La muy baja tasa de fallas —0.74 o/o por 100 años mujer—, deja un lugar muy especial para el uso de este método en el grupo que estamos evaluando. Nosotros observamos 6.09 o/o de hemorragia anormal y Weiner un 14.0 o/o. La alta tasa de continuidad en el uso —84.9 o/o— se debió, probablemente, a la educación concomitante.

La minipíldora consiste en una pequeña dosis de progesterona (0.5 mg. ó menos) que es ingerida diariamente, aún durante la menstruación; no ofrece la seguridad de las tabletas combinadas y produce mayor incidencia de escapes, goteo hemorrágico y, ocasionalmente, amenorrea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **ARNOLD, C.B. and COGSWELL, B.E.A.:** A Codem distribution program for Adolescent. American Journal of Public Health 61 (4) 749-750, Abril 1971.
2. **COLEMAN, S. & PHYLLIS, T.:** Spermicides. Population Reports serie H, No. 5 Septiembre 1979.
3. **DUNN, B., PIOTROW, P. and DALSIMER, I.:** The Modern Condom. Population Reports, Series H, No. 2, 1974.
4. **PORTIER, L.:** Update on Adolescent and Family Planning. Presented at International Planned Parenthood Federation.
5. **HUNT II, W.:** Fecundidad Adolescente. Informes Médicos. Serie J. No. 10, 1976.
6. **HATCHER, A.R.:** A Case Against the use of IUD for Teenagers. The Family Planning Program, Emory University School of Medicine, Grady Memorial Hospital, Atlanta Ga.
7. **JORGENSEN, V.:** One year contraceptive follow up of Adolescent patients. American Journal of Obstetrics & Gynecology 115 (4) 484-486, 1979.
8. **JORGENSEN, V., WALLACH, E. and KEMPERS, R.D.:** Modern Trends in Infertility and conception Control. Vol. 1. William & Wilkins Co. 1979.
9. **MC NEIL, P. et al.:** The Adolescent Mothers project in Jamaica. Path paper, number 7, 1980.
10. **TIMONEN, H. & LUNKKAINEN, T.:** The use effectiveness of the copper T. 200 in a simulated field trial.
11. **TARGUM, S.D. & WRIGHT, N.:** Association of the intrauterine device and pelvic inflammatory disease. A retrospective pilot study. Am. J. Epidemiol. 100: 262, 1974.
12. **WEINWE, E., ANDERS, A., SONMERG, G. and JOHANSSON, P.:** Contraception for teenage girls: combination pill or I.U.D. Acta Obstet. Gynecol. Scand, Suppl. 88: 65-69, 1979.
13. **WHO:** Consultation on contraception in Adolescence. Geneva, September 8-10, 1975-1976. C.M.C.H./76.1.
14. **WESTROM, L., BENGTTSSON, L.P., & MARCH, Dh, P.A.:** The Risk of pelvic inflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices as compared to non-users. Lancet 2.221 1976.
15. **WESTOFF L., A. and WESTOFF C.F.:** From now to Zero. Boston, Little Brown Co. 1971.
16. **WARD, R. & WINTER, J.:** Injectable Progestogens. Population Reports Series K, No. 1, 1975.
17. **WARD, R.:** La Minipíldora. Population Reports Series A, No. 3, 1975.