



Boletín SOCHEG

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica



**“Consideraciones de Anticoncepción
en la Adolescencia”**

Edición N° 8 , Julio 2020

ISBN-978-956-6179-06-1

<https://socheg.org>

● **Director Boletín:**
Dr. Patricio Barriga P.

● **Editores encargados:**
Dr. Sergio Brantes G.
Dr. Arnaldo Porcile J.
Dr. Sócrates Aedo

● **Comité Científico:**
Dra. Paula Vanhauwert S.
Dr. Pablo Lavín A.
Dr. Juan Enrique Schwarze.
Dr. Rodrigo Carvajal
Dr. Rodrigo Macaya
Dra. Macarena Castiglione
Dra. Paulina Villaseca
Dra. Marcela López

Directorio SOCHEG:

Dra. Paula Vanhauwaert S.
(Presidente)

Dra. Marcela López P.
(Vicepresidente)

Dr. Rodrigo Macaya.
(Secretario General)

Dr. Juan Enrique Schwarze.
(Prosecretario)

Dr. Patricio Barriga P.
(Tesorero-Paspresidente)

Dra. Andrea Von Hoveling.
(Directora)

Dr. Badir Chahuán M. (Director)

Dr. Pablo Lavín (Director)

Consejeros Regionales:

Dr. Juan Carlos Carvajal V.
(Antofagasta)

Dra. Macarena Castiglione
(Concepción)

Dra. Verónica Chamy P.
(Valparaíso)

Dr. Eric Fritz Jara
(Antofagasta)

Dr. Humberto Hott Aldea
(Valdivia)

Dr. Alessandro Olivari M.
(Concepción)

Consejeros:

Dr. Sócrates Aedo M.

Dr. Ítalo Campodónico G.

Dr. Angelo Castiglione D.

Dr. Luis Espinoza V.

Dr. Guillermo Galán C.

Dr. Reinaldo Gonzalez R

Dra. Amanda Ladrón de Guevara H.

Dra. Abril Salinas Q.

Dr. Alberto Palominos A.

Boletín SOCHEG

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica

“Consideraciones en Anticoncepción en la Adolescencia ”

- ▶ Epidemiología
- ▶ Factores motivacionales
- ▶ Barreras potenciales
- ▶ Confidencialidad y consentimiento de los padres
- ▶ Preocupaciones de las adolescentes
- ▶ Preocupaciones del prescriptor médico o matronas
- ▶ Elección del Método Anticonceptivo (MAC) en la adolescente
- ▶ Circunstancias especiales
- ▶ Consejería previa al inicio de un MAC en la adolescente
- ▶ Seguimiento
- ▶ Resumen y recomendaciones
- ▶ Referencias



EPIDEMIOLOGÍA

La tasa de fecundidad adolescente en América Latina para el período 2010-2015 fue de 66 nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años, siendo la segunda más alta a nivel mundial, solo superada por África. Las proyecciones para el período (2015-2020), en la variante denominada "media", indican que esta cifra bajaría a 61 en la región, llegando a 55 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes en el Caribe, a 63 en Centro América y a 61 en Sudamérica. Uno de los determinantes más mediatos asociados a la fecundidad en adolescentes es el uso de anticonceptivos.

En Estados Unidos, aproximadamente el 80% de los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años no son intencionales.¹ En encuestas nacionales, aproximadamente un tercio de los estudiantes de secundaria informan que son sexualmente activos (definidos por tener relaciones sexuales en los últimos tres meses).² Entre los estudiantes sexualmente activos, solo un tercio utilizó un método anticonceptivo eficaz (es decir, anticoncepción reversible a largo plazo o anticoncepción hormonal a corto plazo) y un sexto no utilizó ningún método. El riesgo de embarazo en el transcurso de un año en parejas que no usan ningún método anticonceptivo es aproximadamente del 85 %.³

En Chile se evidencia que el 22 % de la población joven iniciada sexualmente, declara que ha vivido un embarazo no planificado, con un 12,5 % en adolescentes de 15–19 años.⁸² Además, el 3,7 % de las mujeres jóvenes iniciadas sexualmente, reporta haber interrumpido el embarazo a través de un aborto.

Entre las estudiantes de secundaria en Estados Unidos que respondieron a la Encuesta de comportamiento de riesgo juvenil 2017²: 38 % alguna vez tuvo relaciones sexuales; 29 % eran actualmente sexualmente activos; entre estos: 47 % usó un condón durante su última relación sexual; 22% usó píldoras anticonceptivas; 7 % usó una inyección, parche o anillo anticonceptivo; 5 % usó un dispositivo intrauterino (DIU) o implante anticonceptivo; 9 % usó un condón más un método anticonceptivo altamente efectivo y 17 % no usó ningún método para prevenir el embarazo.

Datos en Chile indican que, respecto de la primera relación sexual, el 70,9 % de las personas encuestadas, reportó haber utilizado algún método preventivo, siendo el condón (59,9%) y la anticoncepción oral (20,4 %) los métodos más utilizados.⁸³ En la última relación sexual, el 77 % de las personas jóvenes declaran utilizar prevención, principalmente condón (40,4 %) y anticoncepción oral (31,3 %). Los datos además mostraron que un 29,2 % de las/los jóvenes declara una baja aceptabilidad por los métodos que conoce: "no me gusta usar ninguno de los métodos que conozco". Un 21,5 % no los utiliza por deseo de embarazo; un 14,9 % porque la pareja se oponía a su uso; mientras que un 7,5 % declara que no se atrevió a sugerirlo a la pareja⁸³. Debe señalarse que el uso de condón disminuyó significativamente, al comparar los resultados la Encuesta Nacional de Juventud (Chile) del año 2012 y 2015.^{82,83}

Del mismo modo, los datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar en EE.UU 2011-2015 indican que, entre las mujeres de 15 a 19 años, los condones siguieron siendo el método más común jamás utilizado (97 %), seguido de la abstinencia (60%), las píldoras anticonceptivas orales (56 %) y acetato de medroxiprogesterona de depósito (17 %)⁴. Aproximadamente el 6% informó haber usado alguna vez anticoncepción reversible de acción prolongada (3 % cada uno para DIU e implante anticonceptivo). En comparación con la encuesta anterior (2006 a 2010), el uso del parche anticonceptivo disminuyó (del 10 % al 2 %) y la anticoncepción de emergencia aumentó (del 14 % al 23 %).

Entre las mujeres con experiencia sexual, el 16% informó que no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. En una encuesta anterior (2011 a 2013), las adolescentes de 15 a 19 años que no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual tenían el doble de probabilidades de convertirse en madres antes de los 19 años que aquellas que usaron anticoncepción en su primera relación sexual (26 % vs 10 %).⁵

FACTORES MOTIVADORES

Es más probable que la adolescente sexualmente activa busque métodos anticonceptivos si: ^{6,7}

- Percibe el embarazo como un resultado negativo.
- Tiene objetivos educativos a largo plazo.
- Es más maduro
- Experimenta un susto de embarazo o un embarazo real
- Tiene familiares, amigos y/o profesional de la salud que promueve el uso de anticonceptivos.

Las adolescentes sexualmente activas que no desean un embarazo, pero que tienen dificultades para elegir un método pueden estar motivadas para tomar una decisión al aumentar su conciencia sobre su riesgo de embarazo (por ejemplo, al considerar la historia de una hermana, amiga o compañera que es o ha sido madre adolescente) o evaluar sus objetivos de educación (por ejemplo, terminar su educación escolar, realizar estudios superiores o ir a la universidad).

BARRERAS POTENCIALES

Las barreras para el uso de anticonceptivos en adolescentes pueden incluir:⁸⁻¹⁰

- Preocupaciones sobre confidencialidad y notificación a los padres.
- Costo
- Percepciones erróneas sobre el riesgo de quedar embarazadas y la efectividad de las contraindicaciones, la evaluación previa a la iniciación y los efectos adversos de la anticoncepción.
- Déficit de conocimiento entre adolescentes y proveedores de servicios de salud.

La eliminación de las barreras se asocia con un mayor uso de métodos anticonceptivos más efectivos y una disminución de las tasas de embarazo, sin aumentar la frecuencia del coito o el número de parejas sexuales.¹¹⁻¹⁶ En un estudio prospectivo, en 1404 adolescentes (entre 15 a 19 años) que recibió educación sobre anticoncepción reversible, con énfasis en anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC); en las que además estos métodos se ofrecieron sin costo; y que fueron seguidas por tres años.¹¹ Casi las tres cuartas partes de las participantes eligieron un dispositivo intrauterino (DIU) o un implante como método anticonceptivo. En comparación con las adolescentes sexualmente activas de los Estados Unidos en 2008, los participantes del estudio tuvieron tasas más bajas de embarazo (34 vs 158.5 por 1000), partos (19.4 vs 94 por 1000) y abortos (9.7 vs 41.5 por 1000).

CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

- **Confidencialidad:** Su garantía es el primer paso para establecer la confianza y el respeto básicos entre el médico y la adolescente. Debe tener la posibilidad de entregar su historial médico, ginecológico y sexual. La importancia y los límites de la confidencialidad deben discutirse con la adolescente y sus padres en la visita inicial.

El concepto de confidencialidad condicional se puede presentar al padre o tutor acompañante de la siguiente manera:

“Me gustaría hacer de esta consulta una experiencia positiva para su hija. Es importante respetar la privacidad de la adolescente como parte normal de su crecimiento. Primero, me gustaría tener la oportunidad de revisar la información de salud con usted, y luego quisiera revisar la información de salud solo con su hija. En general, todo lo que se discute entre mis pacientes adolescentes y mi persona es confidencial, excepto algunas situaciones que me indiquen que tiene pensamientos suicidas o de dañar físicamente a alguien o indique que ha sido o está siendo abusado física o sexualmente. Si siente que necesita saber más sobre lo que ella y mi persona hemos conversado, le recomiendo a usted y a su hija que se comuniquen directamente entre ustedes”.

Una adolescente puede preferir que su madre esté presente durante la consulta, especialmente si la madre conoce su conducta sexual y desea que use un método anticonceptivo. Incluso si este es el caso, es importante fomentar un espacio de tiempo individual con la adolescente para obtener una historia más detallada sobre otras posibles conductas de alto riesgo.

- **Consentimiento de los padres o adulto responsable:** Los médicos y prescriptores calificados deben estar familiarizados con las regulaciones y los protocolos referentes al derecho de un menor a acceder a servicios anticonceptivos sin la participación o notificación de los padres.

Respecto a la confidencialidad en la atención, en Chile la ley 20.418, en su artículo 1º establece que: “toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial”. En su artículo 3º señala: “toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual”.⁸⁵ De esta manera, la evidencia revela que el proveer de anticonceptivos a la adolescente que libremente lo solicita, no es sinónimo de condonar o condenar su vida sexual activa,⁸⁶ muy por el contrario, los equipos de profesionales que trabajan con adolescentes deben contribuir a promover una sexualidad responsable, de manera integral, respetando y promoviendo los derechos de los/las adolescentes en esta materia.

Esto significa considerar la sexualidad como un ámbito de la calidad de vida de las personas, las familias y la sociedad, reconociendo y respetando sus derechos sexuales y reproductivos. Esta nueva perspectiva requiere, no sólo de una forma distinta de proveer y organizar los servicios de atención en esta materia, sino también de entender la atención de salud como una orientación y acompañamiento, más que como una mera indicación o prescripción de un medicamento.

- **Costo:** Debe haber una amplia gama de métodos que deben ser gratuitos, oportunos y de calidad, en base a los principios de confidencialidad.

Por otra parte, el acceso a los sistemas de salud es crucial para fomentar el uso de anticoncepción eficaz de última generación, como los métodos reversibles de larga duración y efectuar consejería en la prevención de ITS/VIH, informando y educando sobre el uso correcto de las técnicas preventivas que pueden ser utilizadas, en correspondencia con el tipo de práctica sexual.

Por ello, junto con mejorar la calidad de la educación, es deber del Estado promover y garantizar el acceso a la atención en salud, como un derecho humano, terminando con las barreras que obstaculicen este acceso, en particular de adolescentes y jóvenes con mayor grado de vulnerabilidad. Debemos tener presente que el manejo de la confidencialidad en la atención es un eje clave para garantizar el acceso y permanencia, principalmente de adolescentes y jóvenes que presentan mayor riesgo.⁸⁴

La prevención eficaz del embarazo no planificado contribuirá a disminuir el aborto inseguro.

En los Estados Unidos, la Ley de Protección y Cuidado de Salud al Paciente del 2010, procura la cobertura de servicios preventivos para mujeres, incluidos los costos de los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA.^{17,18} Sin embargo, las adolescentes y las mujeres jóvenes que tienen acceso a seguros de salud a través de sus padres pueden ser reacias a acceder a dichos servicios a menos que se pueda garantizar su privacidad.^{19,20}

- **Percepciones erróneas:** En adolescentes y médicos estas son barreras importantes para la anticoncepción eficaz.²¹⁻²⁴ Las adolescentes pueden tener percepciones erróneas sobre su riesgo de quedar embarazadas (por ej., si han tenido relaciones sexuales sin protección y no quedaron embarazadas, pueden creer que no pueden quedar embarazadas). También pueden creer erróneamente que deben someterse a una exploración ginecológica e inspección cervical antes de iniciar cualquier método anticonceptivo; sin embargo, esta evaluación es solo necesaria cuando se requiera el uso de un DIU. Tanto los adolescentes como los médicos pueden tener percepciones erróneas sobre la validez de las contraindicaciones, la evaluación previa al inicio del MAC o de los efectos adversos de los diferentes métodos anticonceptivos.

Es importante aclarar percepciones erróneas de los efectos adversos, particularmente de los métodos hormonales (ej: implantes anticonceptivos, anticonceptivos orales, o inyectables de acción prologada de medroxiprogesterona de depósito), cuando se asesora sobre métodos anticonceptivos.

- Preocupaciones para las adolescentes:

- **Aumento de peso:** A muchas adolescentes les preocupa que los anticonceptivos hormonales causen aumento de peso. Sin embargo, no se ha establecido una relación directa de causalidad.
- **Efecto sobre la talla:** Las adolescentes pueden estar preocupados de que la anticoncepción hormonal pueda causar el cierre precoz de los cartílagos de crecimiento, reduciendo su altura adulta máxima. Sin embargo, en el momento de la menarquia, la mayoría de las adolescentes ya han experimentado su crecimiento acelerado y alcanzado al menos ≥ 95 por ciento de su estatura adulta.
- **Defectos de los recién nacidos e infertilidad:** No existe evidencia para apoyar estas asociaciones y la anticoncepción hormonal.
- **Sobreestimación de la magnitud del riesgo:** En algunos casos, los adolescentes pueden estar en lo cierto de que un método anticonceptivo particular está asociado con un efecto adverso, pero pueden sobreestimar la magnitud del riesgo (ej: disminución de la densidad ósea con AMPD, tromboembolismo venoso [TEV] con anticoncepción hormonal en ausencia de factores de riesgo subyacentes). Estos efectos secundarios deben considerarse en relación con su riesgo durante el embarazo.²⁵ Así, por ejemplo, el riesgo de TEV puede ser de 3 a 10 veces mayor en las embarazadas que en las no embarazadas.

- **Preocupaciones de los médicos o prescriptores:** Las contraindicaciones y/o posibles efectos a largo plazo, incluidas las advertencias de la FDA y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU. o la OMS, deben ser consultados por los profesionales de la salud para procurar el correcto uso de la anticoncepción hormonal en adolescentes.

El CDC ofrecen una lista completa de las contraindicaciones absolutas (riesgos inaceptables para la salud) y relativas (los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas) de los métodos anticonceptivos hormonales de acción prolongada para las mujeres en los Estados Unidos (<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMEC.htm>). La OMS dispone de un disco de bolsillo fácil de usar sobre los criterios de elegibilidad para el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.²⁶

Las preocupaciones de los médicos acerca de los principales efectos potenciales a largo plazo de la anticoncepción hormonal (p. Ej., disminución de la densidad ósea con el uso de MPAD o anticonceptivos orales combinados de dosis ultrabajas), pueden ser una barrera para indicar o proveer de anticoncepción a las adolescentes. Estas preocupaciones deben siempre sopesarse contra el riesgo de embarazo en la adolescente.²⁵

Los factores biológicos, conductuales/psicológicos y ambientales (Tabla 1) pueden ayudar con la toma de decisiones clínicas cuando existe preocupación o dudas sobre los efectos a largo plazo que pudiera conllevar el inicio de la anticoncepción en las adolescentes. Como regla general, los riesgos de embarazo en una adolescente con factores de riesgo conductuales y ambientales exceden los riesgos de los anticonceptivos hormonales, especialmente cuando los padres o supervisores directos no pueden tener un adecuado control de la adolescente.

Tabla 1

Evaluación de riesgos biológicos conductuales-ambientales para una correcta toma de decisiones al prescribir anticonceptivos hormonales en adolescentes		
Factores	Definición	Ejemplos
Biológicos	Factores puberales y metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo incompleto - Osteoporosis o disminución de la densidad ósea - Falta de actividad física
Conductuales/psicológicos (incluidos neurocognitivos)	Salud mental, neurológica y factores emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre autoestima y autoeficacia - Dificultad en el aprendizaje - Repetición de cursos - Comportamiento impulsivo - Depresión o ánimo depresivo - Consumo/ abuso de drogas
Ambientales	Padres/ otros cuidadores o monitores	<ul style="list-style-type: none"> - Situación de vida caótica - Dificultad del manejo de la conducta - Depresión y/o abuso de drogas en padres - Aprobación tardía de los padres en sus estudios de secundaria o superiores.

Modificado de Mariam R Chacko, M.D.

ELECCION DEL MÉTODO

Los factores de desarrollo, factores de la usuaria (p. ej., Historial médico, historial sexual y reproductivo) y sus preferencias (p. ej., conveniencia, tolerancia a los efectos secundarios) afectan la elección del método anticonceptivo.

Los problemas que son relativamente más importantes para los adolescentes se describen a continuación:

- Factores de desarrollo:

El desarrollo de la adolescente afecta su capacidad para cumplir, implementar y adherirse a un determinado régimen o método anticonceptivo. Desde una perspectiva del desarrollo, las niñas sexualmente activas en la adolescencia temprana (10 a 14 años) tienen dificultades para planificar eventos y actividades; a menudo tienen un punto de vista idealista, piensan en situaciones de manera concreta o literal y viven el momento. Implementar un método anticonceptivo que requiera planificación y correcto cumplimiento para la prevención de la “posibilidad” de embarazo es difícil en esta etapa sin el monitoreo y apoyo de un adulto. Las niñas en la adolescencia media (15 a 18 años) y adolescencia tardía (> 18 años) tienen más capacidad de planificación, toma de decisiones y resolución de problemas de nivel superior; que son habilidades esenciales para un eficaz y adecuado cumplimiento de la anticoncepción.^{7,2}

Tabla 2

Características	DIU T Cobre	DIU con Levonorgestrel	AH Combinados: AOC, Parches, Anillos, Inyectables	Implante de Etonogestrel o levonorgestrel	MPA de depósito uso IM o Sc	Condón masculino	Diafragma
Tasa de embarazo durante el 1er año con uso típico	<1	<1	9	<1	6	18	12
Tiempo de eficacia	12 años	3 a 5 años (dependiendo del tipo)	Diario (AOC) Semanal (parche) Mensual (Anillo, inyectables)	3 a 5 años (Eto) 5 años LNG (dos varillas)	12 semanas	Un solo uso por coito y eyaculación	Reutilizable; debe colocarse antes del coito con espermicida
Exposición hormonal	Ninguna	Progestageno: Levonorgestrel	Estrógenos y progestágenos	Progestagenos: LNG o Eto	Progestageno: MPA	Ninguna	Ninguna
Efecto sobre el sangrado mensual	Puede ser abundante	Puede ser escaso, irregular (frecuente o infrecuente), especialmente dentro de los primeros 3 a 6 meses	Puede ser escaso, regular y predecible o ausente dependiendo de la modalidad elegida (cíclica o extendida en AOC)	Escaso, irregular en frecuencia y/o cantidad	Ausente o escaso, irregular en frecuencia y/o cantidad	Ninguna	Ninguna
Sangrado uterino anormal (SUA-I)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
No recomendable en usuarias sanas con:	Sangrados abundantes y/o dolorosos, anemia ferropri-va, deformación de la cavidad uterina, alergia al Cu o Enf. de Wilson o Infección activa del Tracto Genital Superior (TGS) o cervicitis	Infección activa del Tracto Genital Superior (TGS) o cervicitis, deformación severa de la cavidad uterina, sensibilidad conocida al LNG, o intolerancia a la amenorrea o sangrados inesperados (frecuentes o escasos)	Contraindicación al uso de estrógenos exógenos o efectos no deseados a su uso (mastodinia, cefalea, etc.) o usuaria > 35 años y fumadora (usar Criterios de Elegibilidad OMS o CDC)	Usuarias con poca aceptabilidad a la amenorrea o sangrado no esperado (frecuente o infrecuente; independiente de su cantidad)	Usuarias con poca aceptabilidad a la amenorrea o sangrado no esperado (frecuente o infrecuente; independiente de su cantidad), osteopenia conocida o que busque embarazo cercano a la discontinuidad del método.	Usuaría con alergia o sensibilidad al látex (puede usarse de otro material) o pareja poco colaboradora o que rechace el método.	Usuaría con alergia o sensibilidad al látex (puede usarse de otro material) o falta de relajación perineal durante la inserción o extracción del método.
Acceso	Debe ser colocado y/o retirado por médico o matró(n)a capacitado	Debe ser colocado y/o retirado por médico o matró(n)a capacitado	Debe ser prescrito bajo adecuada consejería y asesoría por médico o matró(n)a	Debe ser insertado y/o removido por médico o personal de salud entrenado y capacitado	Inyección por personal entrenado (IM) o autoaprendizaje (Sc)	Venta o entrega en lugar habilitado para ello	Prescripción por personal entrenado
Efectos no deseados potenciales	Perforación uterina, expulsión, Infección del TGS después de los primeros 20 días de inserción	Perforación uterina, expulsión, Infección del TGS después de los primeros 20 días de inserción	Muy raro riesgo de tromboembolia venosa profunda o TVP (sin factores de riesgo) o más raro riesgo de trombosis arterial (fumadora) o Adenoma hepático	Infección o cicatriz del sitio de inserción o extracción	Puede causar aumento de peso, cambios de humor o desmineralización ósea (con uso prolongado)	Ruptura	Puede aumentar riesgo de infecciones urinarias bajas
Efectos deseados potenciales	Alta eficacia y duración, electivo en usuaria que no desee método hormonal o tenga contraindicación de uso	Alta eficacia, disminución de dismenorrea, SUA y riesgo de hiperplasia endometrial	Disminución de SUA, cefalea, dismenorrea, acné vulgar o síntomas por déficit de estrógenos (perimenopausia)	Alta eficacia en usuarias que deseen o deben evitar uso de estrógenos	Efecto prolongado en usuarias que deseen o deben evitar uso de estrógenos	Mejor método para evitar riesgo de contraer una ITS	Bajo costo y capacidad de reutilización

- **Condiciones y preferencias de la usuaria:** Un historial clínico, reproductivo/sexual y social identificará contraindicaciones absolutas (riesgos inaceptables para la salud) o relativas (los riesgos teóricos o probados y que generalmente superan las ventajas) y las condiciones de la usuaria (ej: anemia, acné, dismenorrea) pueden afectar la elección de anticonceptivos (Tabla 2). Para la mayoría de las adolescentes, las ventajas de cualquier método de anticoncepción reversible superan los riesgos teóricos o demostrados.²⁸

Antes de analizar las opciones anticonceptivas y las posibles contraindicaciones, evaluamos las preferencias de las usuarias con respecto a la maternidad (ej: ¿Quieren evitar el embarazo ahora?), la privacidad, las ventajas de cada método, los efectos secundarios, el control o la supresión del ciclo menstrual (menstruación), la familiarización con el MAC, la efectividad, los factores sociales y culturales, etc.^{29, 30}

En encuestas o entrevistas individuales con las usuarias, los factores que son más importantes para las adolescentes incluyen la efectividad, la duración, la accesibilidad/facilidad de uso y los efectos secundarios.³¹⁻³³

Estos factores se discuten a continuación:

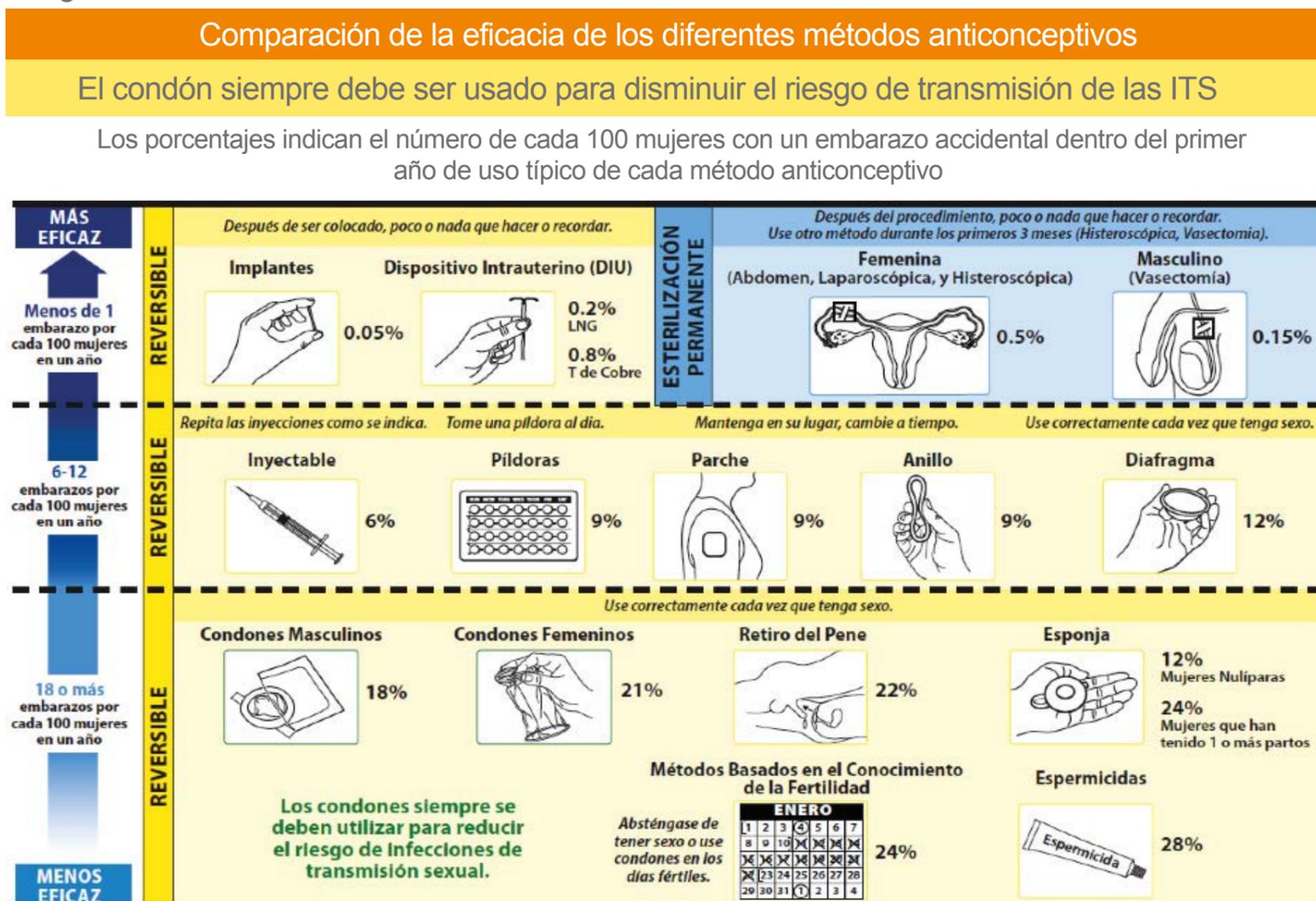
- **Abstinencia:** La abstinencia completa del coito sin penetración vaginal es el método de regulación de la fertilidad más efectivo. Sin embargo, los datos sugieren que los adolescentes que practican la abstinencia ocasionalmente tienen relaciones sexuales con penetración vaginal.³⁴

Por lo tanto, incluso los adolescentes que tienen la intención de permanecer abstinentes deben recibir información sobre la prevención del embarazo (incluida la anticoncepción de emergencia) y la prevención de infecciones de transmisión sexual.³⁵ Siempre se debe efectuar consejería en la prevención de ITS/VIH, informando y educando sobre el uso correcto de las técnicas preventivas que pueden ser utilizadas, en correspondencia con el tipo de práctica sexual.

Se han descrito múltiples consecuencias de las ITS, tales como mayor probabilidad de desarrollar infertilidad, embarazos ectópicos, procesos inflamatorios pelvianos, dolor pelviano crónico, cáncer cervicouterino, parto prematuro, transmisión vertical al embrión/ feto y recién nacido, favorecimiento de adquirir infección por VIH, entre otras.

De esta forma, los programas de educación sexual y la consejería sobre el uso correcto y consistente de condón (masculino y femenino), así como la consejería sobre otras técnicas de acuerdo con el tipo de práctica o contacto sexual, por ejemplo, oro-genital, son claves en la prevención, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Figura 1



Adaptado de: World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive

Otros métodos de anticoncepción:

- *Amenorrea de Lactancia – AML es altamente eficaz y un método de anticoncepción temporal*
- *Anticoncepción de Emergencia: Píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) o Yuzpe o Uso de DIU después de un coito sin protección*

Presentación de opciones: Al presentar opciones de anticoncepción a adolescentes sexualmente activas, las describimos en orden de efectividad, comenzando con las opciones más efectivas (figura 1), según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP)³⁶ y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).²³

Se proporciona un resumen de la información relevante en la tabla (tabla 2). Información más detallada está disponible en temas individuales relacionados con los diversos métodos en escritos específicos sobre ellos.

Métodos reversibles de acción prolongada: La anticoncepción intrauterina (DIU con cobre o levonorgestrel) y los implantes anticonceptivos con etonogestrel o levonorgestrel son los dos tipos de anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC). Los métodos LARC son los métodos anticonceptivos reversibles más efectivos; una vez que se han insertado, no requieren una acción metódica regular por parte de la usuaria. Se consideran opciones de primera línea para adolescentes por la AAP³⁶ y ACOG.³⁷⁻³⁹

En una revisión sistemática de nueve estudios (26.907 participantes) que compararon el dispositivo intrauterino (DIU) con otros métodos anticonceptivos en mujeres ≤ 25 años, las tasas de continuidad a 12 meses fueron más altas para los métodos LARC (aproximadamente 85% en comparación con 40 a 50% para métodos no LARC).⁴⁰ En un estudio de cohorte prospectivo, entre 1099 adolescentes urbanos (de 14 a 19 años) que recibieron anticonceptivos sin costo, las tasas de continuidad a 12 meses fueron mayores para LARC que para otros métodos (81 vs 44%).⁴¹

La satisfacción también fue mayor para usuarias de un LARC que aquellas que los usaron (75 vs 42%).

El Uso de DIU de cobre o levonorgestrel son una opción atractiva para las adolescentes que desean una anticoncepción ininterrumpida a largo plazo.⁴²

Los DIU se pueden describir a las usuarias adolescentes de la siguiente manera:⁴³

“Los DIU son métodos anticonceptivos completamente reversibles colocados en el útero. Hay dos tipos de DIU. Unos, hormonales y duran entre tres a cinco años. El otro no es hormonal; libera cobre y puede durar hasta 10 a 12 años. Cualquiera de los dos tipos puede dejar de usarse en cualquier momento si desea quedar embarazada o si desea cambiar por otro nuevo método. Son muy seguros, tienen un excelente grado de satisfacción y continuidad comparado con otros métodos anticonceptivos”.

La tasa de embarazo es <1 % por año en usuarias típicas, y un poco más alta en mujeres menores de 25 años.^{44,45}

La fertilidad regresa rápidamente después de su extracción.

Hay relativamente pocas contraindicaciones absolutas o relativas a la anticoncepción intrauterina.⁴⁶ Estos incluyen distorsión severa de la cavidad uterina, infección pélvica activa, embarazo conocido o sospechado, enfermedad de Wilson (para el DIU de cobre), sangrado vaginal sin explicación (para el inicio de la anticoncepción intrauterina), cáncer de mama (para el DIU liberador de levonorgestrel) y adenoma hepatocelular o hepatoma (para el DIU liberador de levonorgestrel).

Con una adecuada consejería y asesoría sobre potenciales efectos secundarios de los DIU; anticipando su manejo, este MAC puede ser usado de manera segura y efectiva en adolescentes.⁴⁷ Existen escasas diferencias en las tasas de complicación e infección entre adolescentes y mujeres mayores.^{37,48-50} Aunque algunos estudios han informado un aumento en la tasa de expulsión en adolescentes jóvenes o nulíparas, los hallazgos son inconsistentes.

Implantes anticonceptivos : Los implantes anticonceptivo con etonogestrel o levonorgestrel son una muy buena opción para adolescentes que desean un método anticonceptivo reversible, ininterrumpido y de larga duración.⁴²

Los implantes anticonceptivos se pueden describir a las adolescentes de la siguiente manera:⁴³

“Los implantes anticonceptivos son unas pequeñas varillas de material inerte, flexibles que se colocan debajo de la piel de la parte superior del brazo. Son hormonales y tienen una duración mínima de tres a 5 años, pero se pueden extraer si desea quedar embarazada o desea cambiar a un método diferente de anticoncepción”.

La tasa de embarazo es <1 % por año en usuarias típicas. La fertilidad regresa rápidamente después de la extracción.

Las contraindicaciones absolutas y relativas para los implantes anticonceptivos incluyen embarazo conocido o sospechado, cirrosis grave (descompensada), adenoma hepatocelular o hepatoma, sangrado vaginal anormal de etiología no precisado, lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivo o desconocidos y cáncer de mama actual o sospechado o antecedente personal.⁴⁶

El sangrado vaginal inesperado y prolongado (SUA-I), es un efecto secundario impredecible que puede presentarse, pudiendo ser motivo de solicitud de retiro prematuro. Es fundamental el facilitar el acceso de la usuaria al profesional de salud capacitado que pueda proporcionar correcta asesoría y de resolución de manejo en tales situaciones.

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD): Es un anticonceptivo inyectable de progestágeno solo que proporciona anticoncepción efectiva, privada y reversible durante tres meses. Los beneficios no anticonceptivos del AMPD intramuscular de 150 mg, incluyen disminución del riesgo contra el cáncer de ovario, cáncer de endometrio, salpingitis, embarazo ectópico, enfermedad benigna de la mama, acné y deficiencia de hierro.⁶ Los beneficios del MPAD de 104 mg de uso subcutáneo son semejantes.

La tasa de embarazo es del 6% anual en usuarias típicas. El retorno a la fertilidad puede retrasarse por más de un año, especialmente cuando se usa por vía intramuscular. Los efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto sobre la mineralización ósea,⁸⁷ pero existe recuperación de la densidad ósea a los 2 años de suspendido su uso.

Las contraindicaciones absolutas y relativas del AMPD, la mayoría de las cuales son poco probables en adolescentes, incluyen:⁴⁶

- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ej: tabaquismo, diabetes, hipertensión, colesterol bajo en lipoproteínas de alta densidad [HDL], colesterol alto en lipoproteínas de baja densidad [LDL], triglicéridos altos).
- Enfermedad vascular en pacientes con hipertensión arterial.
- Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg
- Cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular
- Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa (contraindicación relativa al inicio de AMPD, pero no de continuación) o anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)
- Artritis reumatoide y tratamiento con corticosteroides a largo plazo con antecedentes o factores de riesgo de fracturas no traumáticas.
- Sangrado vaginal anormal de causa no precisada
- Cáncer de mama
- Diabetes con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración, especialmente sin control adecuado.
- Daño hepático crónico severo (descompensado), adenoma hepatocelular, hepatoma

Los cambios del patrón del sangrado cíclico o SUA-I (por ej.; sangrados no programados o esperados, amenorrea) son un efecto secundario que se observan con el uso del AMPD y un motivo frecuente de interrupción y discontinuidad del método.

El AMPD se asocia con una disminución de la densidad mineral ósea, que parece ser reversible,⁵¹ y es importante discutir esta posibilidad con el paciente adolescente. Sin embargo, los riesgos potenciales del AMPD deben sopesarse con el beneficio potencial de la prevención del embarazo.²⁵ A pesar de la advertencia o precaución que debe tenerse cuando el AMPD es usado por más de dos años cuando otros MAC no sean recomendables o inaceptables,⁵² varias organizaciones de profesionales de la salud, sugieren que con una adecuada consejería de los posibles riesgos y beneficios, el AMPD se puede prescribir a las adolescentes que necesitan anticoncepción y puede ser usado por más de dos años.^{36,53} En un estudio observacional multicéntrico de adolescentes con pérdida de densidad ósea durante el uso de AMPD, 14 de 15 usuarias tenían deficiencia/insuficiencia de vitamina D.⁵⁴ Por lo tanto, para mitigar el riesgo de disminución de la densidad ósea, se debiese sugerir a las adolescentes que eligen AMPD a tomar 1200 mg de calcio elemental y 600 a 1000 UI de vitamina D3 (calciferol) o D2 (ergocalciferol) por día y promover el hacer ejercicio todos los días.^{36,53,54} Eventuales decisiones que impliquen controlar la densidad mineral ósea y eventual administración de suplementos de estrógenos se deben realizar caso a caso.

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC), Parche Transdérmico Combinado (PTC) o Anillos Vaginales Combinados (AVC): todos son métodos anticonceptivos hormonales (AH) que contienen un estrógeno y un progestágeno. La tasa de embarazo con estos métodos es del 9% anual en usuarias típicas.

Los beneficios no anticonceptivos de la anticoncepción hormonal combinada incluyen una mejor protección de la densidad ósea que el uso de MAC con sólo progestinas (AMPD, DIU- LNG, Implantes subcutáneos o píldoras progestágenos solos). Además, su uso es beneficioso para el exceso de sangrado menstrual y alivio de la dismenorrea, disminución riesgo de cáncer de ovario, cáncer de endometrio, salpingitis, embarazo ectópico, enfermedad benigna de mama, acné y deficiencia de hierro.⁶

Las contraindicaciones absolutas y las contraindicaciones relativas para los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluyen:⁴⁶

- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ej: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, colesterol HDL bajo, colesterol LDL alto, triglicéridos altos)
- Enfermedad vascular
- Hipertensión Arterial
- Cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular
- Trombofilia y mutaciones trombogénicas conocidas, incluido el síndrome antifosfolípido y el factor V Leiden; mutación de protrombina; deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina
- Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP) (antecedentes de TVP / EP y no tomar terapia anticoagulante o TVP / EP y tomar terapia anticoagulante durante ≥ 3 meses)
- Mayor riesgo de tromboembolismo (incluye < 21 días después del parto, en lactancia o no)
- Enfermedad cardíaca valvular complicada
- Migraña con aura
- Cáncer de mama
- Diabetes con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración.
- Enfermedad de la vesícula biliar tratada médicamente
- Hepatitis viral aguda o brote de hepatitis viral (contraindicación para el inicio, pero no la continuación de la anticoncepción hormonal combinada)
- Daño hepático crónico (descompensada), adenoma hepatocelular, hepatoma
- Historial de cirugía para la obesidad con un procedimiento de malabsorción (p. Ej., Derivación biliopancreática, derivación yeyunoileal, derivación en Y de Roux); esta es una contraindicación relativa solo para las píldoras anticonceptivas orales combinadas, no para el parche anticonceptivo o el anillo vaginal
- Cirugía mayor o esclerosis múltiple con inmovilización prolongada.
- Interacciones farmacológicas como ciertas terapias antirretrovirales, medicamentos anticonvulsivos, rifampicina.

- Parches Anticonceptivos: Estos requieren que la adolescente tome una píldora diariamente y recuerde volver a renovar su prescripción en forma periódica. Los AOC que generalmente son usados por las adolescentes incluye su uso por 21 días consecutivos seguidos de 7 días sin píldoras o píldoras inactivas, durante las cuales ocurre el sangrado cíclico esperado.

Las adolescentes que desean evitar sangrados cíclicos por comodidad o por razones médicas (dismenorrea, cefaleas catameniales, SUA) o de calidad de vida pueden optar por usar una esquema o formulación extendida (toma de sus píldoras en forma continua sin tomar las no activas o sin días de descanso) En el país existe una formulación de 84 comprimidos activos de etinil estradiol (EE) 0,03 mg con Dienogest 2 mg durante 84 días seguidos de una semana píldoras inactivas. En EE. UU existe una formulación semejante con levonorgestrel (LNG).

En este mismo país, está disponible una formulación de EE con LNG de anticonceptivos orales que proporciona anticoncepción continua durante todo el año. Se debe advertir a las adolescentes que eligen usar una formulación continua o de régimen de ciclo extendido que puede ocurrir un sangrado no programado durante los ciclos iniciales, pero generalmente este disminuye en la medida que se mantenga su uso en forma prologada.

Además de las contraindicaciones generales para los AHC descrita anteriormente, ciertos medicamentos o terapias herbales pueden disminuir la efectividad de los anticonceptivos orales. Estos incluyen inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir para el tratamiento de la infección por VIH, anticonvulsivantes, rifampicina y griseofulvina (aunque no la mayoría de los otros antimicrobianos) y la hierba de San Juan que es indicada para tratar estados depresivos, ansiedad, nerviosismo, dermatitis, lesiones cutáneas, quemaduras. En medicina popular la infusión se emplea para fortalecer los nervios en casos de agotamiento y depresión, como paliativo en el síndrome premenstrual y la menopausia, y antiinflamatorio en afecciones estomacales (gastritis); externamente, se usa para lavar heridas y úlceras.

Las interacciones específicas de los AOC con otros medicamentos se pueden determinar revisando las interacciones medicamentosas de cada formulación.

- Anticonceptivos orales combinados (AOC): Contiene 6 mg de etinil estradiol (EE) y 600 mcg de norelgestromin (NGM) y que libera 20 mcg de EE y 150 mcg de NGM al día. El norelgestromin es el principal metabolito activo del norgestimato. Cada parche se aplica semanalmente (en un sitio diferente) durante tres semanas, seguido de una semana sin parche. Las zonas de aplicación recomendadas son el tórax (dorso o espalda), glúteos, abdomen y parte superior externa de los brazos.

Entre los efectos beneficiosos no anticonceptivos está el que evita los efectos del primer paso hepático y permite la administración controlada de dosis bajas con niveles plasmáticos estables. El control del ciclo menstrual y los patrones de sangrado son comparables a los de los ACO.

Su uso es beneficioso para el exceso de sangrado menstrual y alivio de la dismenorrea

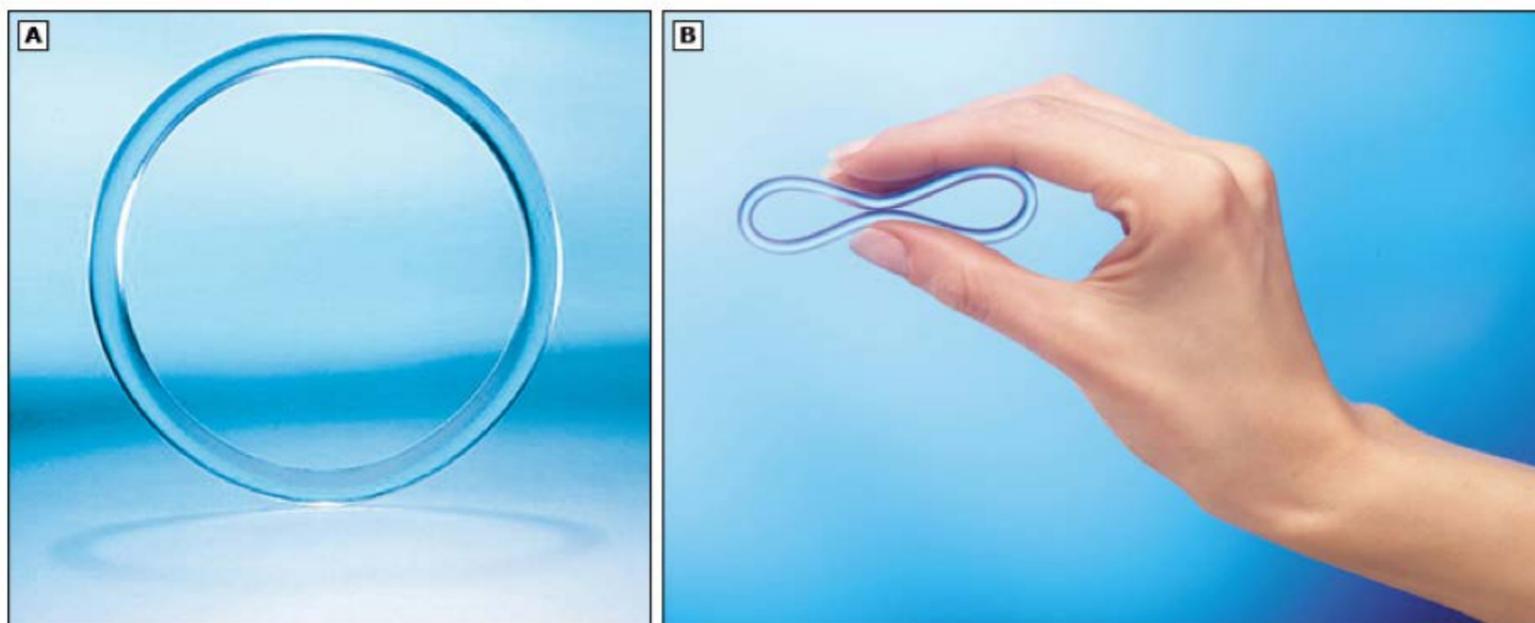
Los efectos secundarios no hormonales del parche anticonceptivo incluyen reacciones en el lugar de aplicación. Se puede controlar el prurito leve con irritación y enrojecimiento quitando y desechando el parche y colocando un nuevo parche en otra ubicación. El prurito severo con enrojecimiento e inflamación más severas puede indicar una reacción alérgica, en cuyo caso el parche debe retirarse y desecharse y buscar un método anticonceptivo alternativo.

- Anillos vaginales combinados (AVC): La usuaria inserta el anillo vaginal (figura 2) en la vagina. Se deja en su lugar durante tres semanas y luego se retira para dejar sin anillo durante una semana. El anillo vaginal está disponible en una talla, no necesita ser ajustado.

El uso de AVC evita el primer paso de los esteroides por el hígado y son efectivos por períodos prolongados con niveles plasmáticos bajos y estables.

Debido a la inhibición de la ovulación y al buen control de ciclo, su uso puede ser beneficioso para el exceso de sangrado menstrual, alivio de la dismenorrea, adyuvante en el tratamiento de la endometriosis y del síndrome de ovario poliquístico.

Los efectos adversos menores son similares a los observados con AOC siendo los más frecuentes la cefalea y la congestión mamaria. En comparación con las usuarias de AOC, las usuarias del AVC presentan menos náusea, acné, cambios del ánimo y desórdenes de sangrado, pero más molestias vaginales incluyendo vulvovaginitis, flujo vaginal y leucorrea.



La fertilidad regresa dentro de un mes después de la interrupción.

Las adolescentes que eligen el anillo vaginal deben sentirse cómodas insertándolo en la vagina. Los adolescentes que usan tampones durante la menstruación pueden sentirse más cómodas con este procedimiento.

La evidencia anecdótica sugiere que algunas adolescentes no se sienten “limpias” con el anillo vaginal y lo quitan con frecuencia para lavarse. El lavado frecuente disminuye la efectividad y puede causar sangrado intermitente o manchado.

- Otros métodos anticonceptivos: Como los de barrera (condones, diafragmas, capuchones cervicales, esponjas) y otros (p. ej., espermicidas, abstinencia periódica o métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad, retiro rápido) son menos efectivos porque requieren acción por parte de la adolescente y/o pareja en el momento de la actividad sexual.

Condones masculinos: La efectividad de los condones masculinos para la prevención del embarazo depende de si se usan de manera consistente y correcta.

Con un uso consistente y correcto, la tasa de embarazo es del 2 %; con uso típico es del 18 %.

Debe recomendarse su uso siempre en solo el adolescente, es quien usa condon. Otros métodos como el diafragma, capuchón cervical y esponja, condón femenino y métodos basados en reconocimiento de la fertilidad, son utilizados con poca frecuencia por las adolescentes.⁵

Discapacidad física o intelectual:

En aquellas adolescentes con discapacidad física pueden tener dificultades con la higiene durante su menstruación. Para este grupo de adolescentes, el uso de AH (p. ej., DIU de levonorgestrel, AMPD, parches anticonceptivos o ciclos continuos o extendidos de AOC) puede ser beneficioso.^{35,55-58}

La adolescente con discapacidad intelectual debe tener acceso a la anticoncepción bajo la supervisión de uno o ambos de padres o tutor(a).

Las cuestiones relacionadas con la esterilización entre las mujeres con enfermedad mental o discapacidad severa son opciones que deben evaluarse en forma individual.

Obesidad:

En el caso de las adolescentes, algunos estudios observacionales han mostrado que, debido a una insatisfacción con la imagen corporal, las adolescentes obesas pueden tener un mayor riesgo a mantener prácticas sexuales de riesgo y eventualmente un mayor riesgo de quedar embarazadas.

La evidencia no ha mostrado una asociación entre un mayor IMC o peso y la efectividad de los anticonceptivos hormonales. De otra forma debido a una variedad de alteraciones del metabolismo, la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular que puede aumentar, cuando se combina con la anticoncepción hormonal. Todos estos factores deben considerarse al elegir un método anticonceptivo en una mujer obesa.

La obesidad se ha relacionado fundamentalmente con un incremento del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV). El riesgo puede llegar a ser 10 veces mayor en las mujeres con obesidad que toman anticonceptivos hormonales combinados en comparación con el de las mujeres que no obesas y que no los usan. Aunque en situaciones específicas, el riesgo sobrepasa el beneficio, las mujeres adultas o adolescentes con un índice de masa corporal (IMC) entre los 30 kg/m² y los 34 kg/m² pueden ser usuarias sin restricción AHC (AOC, parche y anillos vaginales).

Por el contrario, en las mujeres con un IMC que supere los 35 kg/m² el uso de AHC está contraindicada por un aumento importante del riesgo de ETV. Debido a que el riesgo de ETV también aumenta con la edad y en personas que fuman, es recomendable que mujeres obesas y alguno de estos factores de riesgo opten por métodos de progestágenos solos (implante, DIU – LNG, MPAD o PSP o por el DIU con cobre).

Postparto o postaborto:

Teniendo en cuenta que parámetros de coagulación y fibrinólisis se normalizan aproximadamente a las 3 semanas tras el parto, se puede iniciar un tratamiento con anticonceptivos hormonales combinados tras tres semanas si las mujeres no realizan lactancia materna y si no existen contraindicaciones para este método. En las mujeres con riesgo de tromboembolismo venoso, el periodo debería extenderse a los 42 días, y en las mujeres que realizan lactancia materna se desaconseja su uso hasta pasados los seis meses mínimos recomendados para la lactancia.

Los anticonceptivos de sólo progestágeno pueden usarse en cualquier momento tras el parto o aborto. Las mujeres que realizan lactancia materna pueden utilizar este método sin restricción tras las seis semanas postparto. Antes de las seis semanas los beneficios todavía son mayores que los riesgos (categoría 2 en los criterios de elegibilidad de la OMS).

Los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS no sugieren ninguna restricción a la inserción de un DIU cuando se realiza más allá de las 4 semanas tras el parto, o si se realiza en las primeras 48 horas tras el parto en mujeres que no tendrán lactancia materna. La inserción temprana del DIU - LNG debería evitarse en las mujeres que deseen instaurar la lactancia materna. Entre las 48 horas y cuatro semanas después del parto se desaconseja la inserción de dispositivos intrauterinos, y se contraindican en caso de presencia de endometritis o sepsis puerperal. Existe un incremento del riesgo de perforación uterina con la inserción de un DIU, que debe advertirse a la usuaria antes del procedimiento, además de los síntomas de alerta de perforación.

La mayoría de las mujeres presentan la primera ovulación y menstruación más allá de los primeros 45 días tras el parto. No obstante, en la literatura se han identificado casos de ovulaciones, consideradas fértiles, mucho más temprana a pesar de ello, ya que es excepcional, se considera que los anticonceptivos no son necesarios durante los primeros 21 días tras el parto.

En las adolescentes, los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (OMS, 2015) clasifica todos los métodos anticonceptivos bajo la categoría uno, es decir, que son seguros para uso inmediato, después de un aborto en el segundo trimestre sin complicaciones, con la excepción del DIU. Debido a mayor riesgo de expulsión cuando se utiliza después del aborto a las 13 semanas o más de gestación, el DIU es clasificado bajo la categoría dos, lo cual significa que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos.

Los métodos hormonales, tales como AOC, parche, anillos, inyectables e implantes, se pueden iniciar el mismo día después del aborto espontáneo o seguro. Se puede colocar un DIU con LNG o Cu. Los métodos anticonceptivos de acción prolongada tienen tasas más altas de uso continuo y tasas más bajas de embarazos repetidos cuando se comparan con los métodos de

corta duración. Las personas, incluidas las adolescentes, deberían poder decidir si desean usar un método anticonceptivo, y seleccionar su método preferido, basándose en información anticonceptiva correcta y precisa y en sus necesidades y preferencias personales.

Enfermedad crónica:

Para las adolescentes con enfermedad crónica, es importante tener en cuenta la posibilidad de complicaciones relacionadas con las hormonas y las interacciones farmacológicas, así como el riesgo que un embarazo podría representar para la salud de la adolescente. Para algunas adolescentes, la anticoncepción de progestágeno solo (p. Ej., DMPA, implante de etonogestrel, DIU liberador de levonorgestrel) puede ser razonable; para otros, hay opciones no hormonales disponibles; entre estos, el DIU de cobre es el más efectivo (tabla 2). Los riesgos de las diversas opciones anticonceptivas deben sopesarse frente al riesgo de embarazo.²⁵

Las recomendaciones específicas para los métodos anticonceptivos en pacientes con problemas médicos o psiquiátricos deben analizarse y discutirse caso a caso con la usuaria. Las interacciones específicas de las píldoras anticonceptivas orales combinadas con otros medicamentos se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3

Tipo de fármaco	Fármaco	Interacción	Relevancia clínica
Antiepilépticos	Carbamacepina Eslicarbamacepina Oxcarbamacepina Fenobarbital Fenitoína Primidona Rufinamida	Inductor enzimático	De modesta a marcada reducción del EE y los progestágenos. Posible reducción de la eficacia contraceptiva.
	Topiramato	Inductor enzimático débil	Eficacia contraceptiva puede no afectarse a dosis terapéuticas bajas de topiramato.
	Lamotrigina	No induce las enzimas hepáticas	Disminución < del LNG al administrar como AOC, aunque evidencia sugiere que la eficacia de los métodos hormonales combinados no se ve afectada. No hay datos sobre el efecto en métodos de solo progestágenos.
Antibióticos	Rifabutina Rifampicina	Inductor enzimático	Rifabutina asociada a modesta disminución del EE o estradiol y progestágenos. Rifampicina tiene marcados efectos
Fármacos que aumentan el PH gástrico	Inhibidores de bomba de protones	Incrementan el PH gástrico	Reducción de las concentraciones en plasma en la anticoncepción de urgencia, (como Ulipristal) disminuyendo su eficacia. No se recomienda el uso concomitante.
	Antiácidos	Inductor enzimático	
	Antagonistas de los receptores H2	Inductor enzimático	
Otros	Sugammadex (se utiliza después de la cirugía para revertir los efectos de los relajantes musculares)	Agente selectivo de unión a bloqueantes	Interacción hipotética. Modesta reducción de niveles de AO. Administrar 1 dosis en bolo de sugammadex equivale a 1 dosis diaria olvidada de contraceptivos esteroideos orales (o combinados o solo progestágenos). Seguir guía para píldora olvidada. Para otros métodos usar precauciones adicionales durante 7 días.

Tipo de fármaco	Fármaco	Interacción	Relevancia clínica
Antirretrovirales (inhibidores de proteasa)	Ritonavir Ritonavir potenciado con saquinavir	Inductor enzimático. Efecto inhibitor sobre enzima citocromo P-450. Inductor de la glucoronidación	Marcada reducción del EE (40%). Necesario uso de métodos contraceptivos adicionales y/o alternativos
	Ritonavir potenciado con atazanavir	Atazanavir inhibe CYP3A4. Combinado puede predominar la glucoronidación de ritonavir	El efecto neto es una reducción menor del EE y un marcado incremento en el norgestimato y el NET-EN.
	Ritonavir potenciado con tipranavir	Tipranavir (sustrato), inductor e inhibidor del citocromo P-450 CYP3A4. Ritonavir puede tener un efecto predominante	El efecto neto es una marcada reducción del EE.
	Ritonavir potenciado con otros inhibidores de proteasas*	Puede predominar el efecto de ritonavir	Reducción del EE y progestágenos
	Efavirenz	Inductor enzimático	No reduce EE. Si reduce metabolitos del norgestimato (norelgestromin y LNG). Observados algunos embarazos. No hay una reducción en los niveles MPAD.
	Nevirapina	Inductor enzimático	Reducción moderada del EE y un reducción menor del NET-EN
Otros	Hierba de San Juan (Hypericum perforatum)	Inductor enzimático	En un inductor enzimático débil por lo que potencialmente puede reducir la eficacia.
	Bosentán	Inductor enzimático	Modesta reducción del EE y progestágeno
	Modafinilo	Inductor enzimático	Reducción menor del EE
	Aprepitant	Inductor enzimático	Modesta reducción del EE y progestágeno
<p>Fuente: FSRH 2011.88 *: daranavir, nelfinavir, fosamprenavir, lopinavir.</p>			

Adaptado de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

CONSEJERÍA DE PREVIO AL INICIO DE UN MAC EN LA ADOLESCENTE:

Se debe proporcionar consejería suficientemente clara o a quién contactar con preguntas, en especial a aquellos adolescentes que están iniciando la anticoncepción. Se les debe dar información fácil de leer que incluye:

- El nombre de la clínica o Centro que entrega o proporciona el MAC o en su defecto dirección exacta y horarios de atención.
- El nombre o título (p. ej., médico o matró(a) a cargo) de la persona de contacto apropiada en la clínica o Centro de atención que proporciona el MAC.
- El número de teléfono de la clínica o consulta o Centro donde recibió o recibirá su MAC
- Instrucciones sobre qué hacer si tienen dudas sobre su método anticonceptivo.

El fácil acceso al personal capacitado para recibir asesoramiento ayuda a garantizar un uso coherente y correcto de la anticoncepción. Los adolescentes no deben depender de sus amigas(os) o familiares o cercanos para obtener información si tienen un problema con su método anticonceptivo.

- Prevención de ITS: Existen conocimientos parciales en relación con lo que son las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en la población adolescente y juvenil. Las y los jóvenes logran identificar algunas fuentes de riesgo, pero también identifican ciertos comportamientos como riesgos cuando en realidad no lo son, por lo que es importante avanzar en entregar una información correcta en esta temática, y no solamente enfocado en el VIH, sino también a todas las infecciones de transmisión sexual.

En Chile, el último sondeo de INJUV (2018) sobre “Percepciones de conductas de riesgo, VIH e ITS” dio cuenta de que aún hay un grado de desconocimiento en este tema.

Según datos oficiales del Ministerio de Salud, el año 2016 la sífilis fue la ITS con mayor tasa de notificación (22,8 x 100.000 habs), seguida por la infección por VIH/Sida (16,3 x 100.000 habs). La tasa de gonorrea fue de 11,2 x 100.000 habs y la de Hepatitis B de 6,1 x 100.000 habs.⁸⁹ En este informe, en general se observa una relativa estabilización en las tasas de ITS reportadas en el periodo 2014-2015, excepto para la gonorrea, que presenta un incremento focalizándose en el grupo de 15 a 24 años. Las tasas de gonorrea para el período 2012–2016, fluctuaron entre 18,4 a 36,5 x 100.000 habs., para el grupo de 15–19 años y 28,1 a 41,5 x 100.000 habs., para el grupo de 20–24 años.⁸⁹

A diferencia de la gonorrea, las otras ITS se caracterizan por presentar manifestaciones clínicas o subclínicas a largo plazo, por lo tanto, no se diagnostican al momento de la infección, pudiendo existir un importante subregistro.

Las(os) adolescentes que eligen métodos anticonceptivos eficaces (p. ej., anticoncepción reversible de acción prolongada, acetato de medroxiprogesterona de depósito, anticoncepción hormonal combinada) deben comprender que estos métodos no previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS).⁵⁹

Para prevenir las ITS y el embarazo, es necesario el uso constante y correcto de un condón.^{36, 60, 61}

El uso constante y correcto de los condones de látex masculino reduce el riesgo de ITS, incluido el VIH.

Otras estrategias para prevenir las ITS incluyen vacunas (p. ej., Virus del papiloma humano, hepatitis B, hepatitis A) y profilaxis antimicrobiana.

Chile incorporó la vacuna al Programa Nacional de Inmunización en 2014. Primero a las niñas de 9 años y el año 2019, a los niños de igual edad. La vacunación se hace en los colegios por parte de personal de salud y se realiza durante el segundo semestre de cada año. Es una vacuna gratuita para la población objetivo y que se encuentra disponible a través del Plan Nacional de Inmunización en vacunación escolar durante todo el segundo semestre de este año, en un esquema de 2 dosis separadas por 12 meses.

- Anticoncepción hormonal de emergencia: Existen dos formas de realizarla, formulaciones orales que contienen levonorgestrel solo o las que contienen etinil estradiol y levonorgestrel:

- Pastillas que contienen levonorgestrel (LNG) solo en dosis única: Se puede usar una sola pastilla que contiene 1.5 mg de levonorgestrel.
- Pastillas que contienen levonorgestrel (LNG) solo en dos dosis: Se pueden usar pastillas que contienen 0,75 mg de levonorgestrel.

Se recomienda tomar las 2 píldoras juntas ya que entregan la misma dosis de LNG que la píldora en dosis única. Si por alguna razón se usan dos dosis separadas, la segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera.

En caso de dificultad para conseguirlas también se puede usar Levonorgestrel en minidosis. Se pueden tomar 25 pastillas de

LNG en minidosis primero y luego se repite la dosis de 25 pastillas a las 12 horas, tienen una dosis muy baja de hormona por lo que la cantidad de levonorgestrel de las 25 píldoras es igual a la que contiene una píldora de LNG de 0,75 mg. Se compran en farmacia, sin receta.

- Píldoras que contienen etinilestradiol y levonorgestrel o Método de Yuzpe: Se usan algunas pastillas anticonceptivas combinadas de uso habitual, que contienen 0.3 mg de etinilestradiol y 0.15 mg de LNG. Se toman 4 pastillas primero y se repite la dosis (4 pastillas) a las 12 horas. Se compran en farmacia.
- Otra forma de usar el Método de Yuzpe, es tomando otros preparados comerciales que contienen levonorgestrel y etinilestradiol, pero que, en cada píldora, contienen una dosis menor de hormonas que las con 0.3 mg de EE. La dosis de cada píldora es menor (0.10 mg de levonorgestrel y 0.02 mg de etinilestradiol), por lo que se deben tomar 5 píldoras juntas y 12 horas después 5 píldoras más.

Deben usarse en caso de violación, si se tuvo una relación sexual sin protección anticonceptiva, si el método anticonceptivo falló: se rompió el condón o este se quedó dentro de su vagina, olvidó tomar en forma correcta su AOC, expulsó el dispositivo intrauterino, no hizo abstinencia sexual en los días fértiles, etc.

Deben tomarse dentro de las primeras 120 horas, es decir, hasta cinco días después de la relación sexual no protegida. Son más efectivas mientras antes se tomen, idealmente las primeras 48 hrs.

El uso de un método de anticoncepción hormonal de emergencia incluye a menores de 14 años y no se requiere del uso de receta médica para obtenerla.

Las adolescentes que eligen métodos anticonceptivos que no sean un dispositivo intrauterino o un implante anticonceptivo deben recibir información sobre la disponibilidad y las indicaciones para la anticoncepción de emergencia.⁶² Esto es particularmente cierto para las adolescentes que requieren tratamientos médicos que pueden ser teratogénicos para el feto (p. ej., Isotretinoína) o en quienes el embarazo comprometería gravemente la salud (p. ej., Estenosis mitral grave, estenosis aórtica sintomática, síndrome de Eisenmenger).^{63,64}

- Dispositivos intrauterinos de cobre: Los dispositivos intrauterinos de cobre, además de usarse como método de anticoncepción de emergencia, se utilizan como método de larga duración. Al igual que los dos anteriores, es necesario aplicarlo hasta cinco días después de la relación sexual sin protección y su mecanismo de acción es mediante un cambio químico del espermatozoide y óvulo previo a la fertilización.

La eficacia del dispositivo intrauterino de cobre como método de emergencia es superior al 99%.

- Inicio y adherencia al MAC: La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden iniciarse sin un examen pélvico ginecológico.^{28,65} Las estrategias para aumentar la adherencia anticonceptiva varían según el método anticonceptivo (tabla 2). Aumentar el uso correcto y adecuada adherencia, permanencia a un MAC, en especial los no LARC, es fundamental. El uso indebido de anticonceptivos (en lugar de la falta de uso) representa casi la mitad de los embarazos no deseados.⁶⁶

En general no es necesario obtener el consentimiento informado por escrito antes del inicio de la anticoncepción en adolescentes (con la excepción del implante anticonceptivo), el uso de un formulario de consentimiento informado estructurado puede garantizar que los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios anticipados se discutan adecuadamente.

En los Estados Unidos, el consentimiento informado por escrito es obligatorio para todos los métodos anticonceptivos hormonales ofrecidos en clínicas de planificación familiar financiadas por el gobierno federal y estatal.⁶⁷

Los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, incluidas las advertencias mencionadas para el uso del MPAD, las complicaciones y los síntomas o signos sugerentes de complicaciones y las indicaciones para la interrupción del MAC elegido son incluirse en el formulario de consentimiento o en la ficha clínica de la usuaria al momento de su prescripción.

- LARC: Estos no requieren de estrategias para aumentar la adherencia; su eficacia no requiere ninguna acción por parte de la adolescente.

- Anticoncepción intrauterina: Puede ser necesario en algunos casos de usuarias con de factores de riesgo para ITS o sospecha clínica de ello, realizar pruebas de detección de ITS. Debe siempre realizarse un examen pélvico bimanual con inspección cervical antes de la inserción del DIU. Frente a una adolescente con un riesgo muy elevado de ITS (por ejemplo, haber tenido relaciones sexuales con una pareja con gonorrea conocida), la detección de ITS puede realizarse en el momento de la inserción del DIU.³⁶

Si se detecta una ITS, una posterior a la inserción; puede tratarse con el DIU colocado.^{28,68}

Es necesario que los médicos o matronas que no estén capacitados para insertar DIU en adolescentes nulíparas, derivar prontamente a un establecimiento o profesional de salud capacitado, como un ginecólogo pediátrico o adolescente o un

especialista en medicina para adolescentes. para que realicen este procedimiento. De igual forma deben derivarse aquellas usuarias que requieran inserción bajo sedación (p. ej., pacientes con parálisis cerebral).

No existe información en la literatura que apoyen el uso de antibióticos profilácticos en la inserción de un DIU, pero consideran en aquellas mujeres con una alta sospecha de infección, ésta debería confirmarse y tratar aquellas con un resultado positivo. Por otro lado, aunque en mujeres con riesgo de endocarditis la inserción de un DIU puede estar contraindicada, el uso de antibióticos con la finalidad exclusiva de prevenir la endocarditis no estaría justificado si se decide su inserción. A pesar de estos datos y recomendaciones, los criterios de elegibilidad de la OMS aconsejan el uso de profilaxis antibiótica en mujeres con valvulopatía para prevenir la endocarditis.

- Implantes anticonceptivos : Se debe excluir el embarazo antes de la inserción del implante anticonceptivo de etonogestrel.²⁸ El implante se inserta idealmente el mismo día de la solicitud, utilizando el método de Inicio rápido o “Quick Start” (algoritmo 1).

Sin embargo, algunos profesionales dudan en insertar el implante si no están absolutamente seguros de que se ha excluido el embarazo o cuando no se puede tomar anticoncepción de emergencia (p. ej., la adolescente no puede recordar la fecha del último episodio de actividad sexual protegida o no protegida). En esta situación, el prescriptor puede recetar una inyección única de MPAD utilizando el método de inicio rápido (algoritmo 1).

Este enfoque proporciona anticoncepción inmediata y, en caso de que la prueba de embarazo sea positiva, el implante no necesita ser retirado prematuramente. Entregar orientación anticipada sobre este enfoque a los padres o tutores y adolescentes, puede minimizar los malentendidos y las expectativas para la inserción del implante a modo “Quick Start” en adolescentes sexualmente activos.

- MPAD : La primera inyección generalmente se administra durante el período menstrual para garantizar la ausencia del embarazo. Alternativamente, la MPAD puede administrarse de acuerdo con el método de Inicio rápido (algoritmo 1).⁶⁹ Los adolescentes que eligen MPAD pueden necesitar apoyo para su uso continuo. Las estrategias para aumentar su adherencia y continuidad incluyen:

- Programar la cita para la próxima inyección inmediatamente después de cada inyección.
- Permitir citas perdidas o demoradas programando inyecciones con una separación de 11 a 12 semanas en lugar de 13 a 15 semanas.^{70,71}
- Indicar a la adolescente que establezca un recordatorio de teléfono móvil.
- Uso de un sistema de recordatorio automático de mensajes de texto.^{72,73}

Un estudio prospectivo de adolescentes que usaron este MAC sin costo, la tasa de continuidad a 12 meses con MPAD en adolescentes de 14 a 19 años fue de solo 47%.⁴¹

- Anticonceptivos Orales Combinados (AOC): Estos se pueden comenzar en cualquier momento. Para garantizar que se tome la primera píldora, el método preferido es el “mismo día” o el método de inicio rápido (algoritmo 1).⁷⁴

Como alternativa al método de inicio rápido, los AOC se pueden comenzar el primer día del próximo período menstrual o el domingo después del inicio del período menstrual (“método de inicio del domingo”). El uso de anticonceptivos orales durante o poco después del siguiente período menstrual ayuda a garantizar que la adolescente no esté embarazada. Sin embargo, cuando se retrasa su inicio, las adolescentes pueden que nunca inicien la toma de la primera píldora.^{75,76}

La falta de inicio de la píldora puede deberse a sentimientos encontrados sobre su uso, seguridad, eficacia, efectos secundarios etc.; confusión sobre el modo de inicio o incluso la presencia de un embarazo.

Las adolescentes que eligen un AOC necesitan apoyo para un uso continuo y correcto, lo que implica:

- Entrega oportuna y adecuada de recetas cuando sea necesario.
- Tomar la píldora todos los días.
- Iniciar el siguiente blíster dentro del tiempo indicado
- Usar un MAC adicional (preservativo) de “respaldo” cuando sea necesario

Se deben entregar instrucciones verbales y escritas claras y revisar las instrucciones con el blíster de píldoras real (si es posible) o un paquete de muestra, contribuyendo así a aumentar la continuidad y la adherencia. Si la adolescente no tiene suficientes habilidades de lectura para interpretar etiquetas e instrucciones, las instrucciones se pueden grabar en el teléfono móvil del adolescente o se puede indicar un sitio web confiable donde aparezcan las instrucciones.

Para optimizar la adherencia a los anticonceptivos orales, se recomienda dar a la adolescente solo tres cosas para recordar:

- Cuando comenzar la píldora
- Tomar la píldora todos los días a la misma hora, especialmente cuando haga otra cosa regularmente, como cepillarse los dientes o otra actividad horaria habitual.

- Llamar a la clínica o centro de atención o consulta si tiene alguna pregunta.

Se le debe pedir que repita estas tres instrucciones para evaluar y promover su comprensión de ellas. Las estrategias adicionales para aumentar la continuidad pueden incluir:

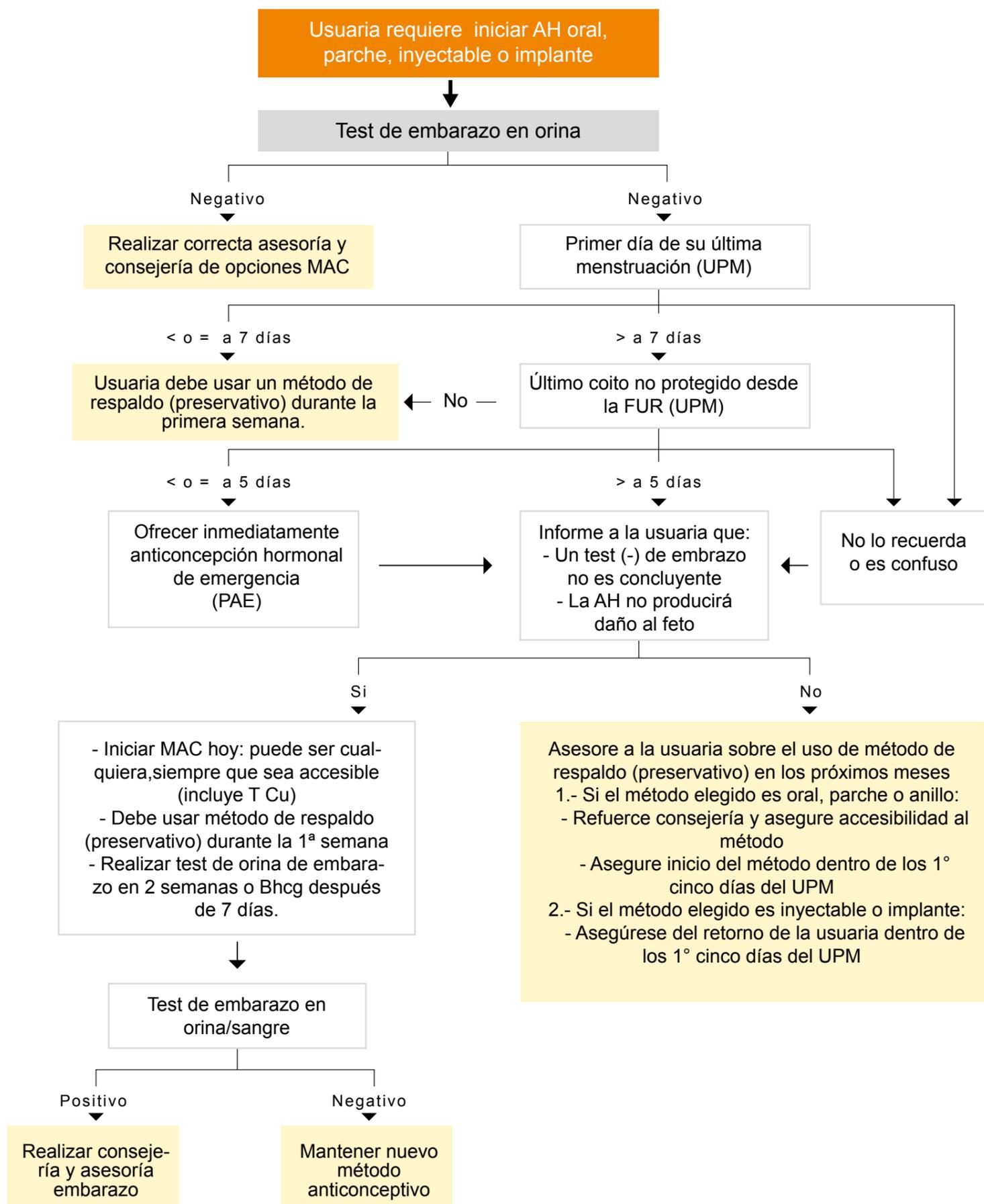
- Usar un sistema de mensajería de texto automatizado o digital como recordatorio diario de tomar la píldora^{73,77,78}
- Prescribir o proporcionar hasta un año de píldoras anticonceptivas orales de una vez³⁷

En un estudio prospectivo en adolescentes que recibieron AOC sin costo, la tasa de continuidad a 12 meses para anticonceptivos orales entre adolescentes de 14 a 19 años fue de solo 47%.⁴¹

En otros estudios observacionales, la falta de toma de algunas píldoras era común en mujeres adolescentes y adultas.^{79,80}

En un estudio limitado a adolescentes entre 14 a 17 años, el intervalo promedio de uso de píldoras consecutivas fue de solo 32.5 días.⁷⁹

- **Parche transdérmico:** Este también puede iniciar de acuerdo con el método de inicio rápido (algoritmo 1).



Las estrategias para aumentar la adherencia a los cambios semanales incluyen:

- Hacer una nota o configurar un recordatorio en un calendario de pared, computadora o teléfono celular
- Usar una alarma semanal de teléfono celular
- Colocar una pegatina que designe el día de cambio en el espejo del baño

Un estudio prospectivo de adolescentes que recibieron anticonceptivos sin costo, solo 21 adolescentes de 14 a 19 años eligieron el parche transdérmico; de estos, la tasa de continuación de 12 meses fue solo del 41%.⁴¹

- Anillo vaginal combinado (AVC): Al igual que los anteriores MAC mencionados, este también se puede iniciar de acuerdo con el método de Inicio rápido (algoritmo 1).

Las estrategias para aumentar el cumplimiento del calendario de inserción durante tres semanas seguidas de una semana sin anillo incluyen:

- Hacer una nota o configurar un recordatorio en un calendario de pared, computadora o teléfono celular
- Usar una alarma de teléfono celular
- Colocar una pegatina adhesiva que designe los días de extracción/reinserción en el espejo del baño

- Método de barrera: las estrategias para aumentar el uso de condones masculinos en adolescentes sexualmente activos incluyen:^{27,81}

- Suministro de condones antes de que la usuaria abandone la consulta o la clínica o centro.
- Entregar sugerencias prácticas para garantizar la disponibilidad (por ejemplo, guardar condones en una cartera, mochila, billetera)

Las adolescentes también pueden utilizar otros métodos de barrera como son el diafragma, capuchón cervical, esponja, condón femenino.⁵

SEGUIMIENTO:

Las adolescentes sexualmente activas deben verse siempre que presenten síntomas de infección de transmisión sexual (ITS) o requieran una revisión de los posibles efectos secundarios de su método anticonceptivo (tabla 2).²⁸

Algunos métodos anticonceptivos requieren un seguimiento específico como se indica a continuación:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (MPAD): La inyección intramuscular (150 mg) o subcutánea (104 mg) se debe repetir cada 13 semanas (90 días). Cuando la inyección se necesite antes de este período, por ejemplo, falta de transporte, acceso u otras, las recomendaciones indican que la inyección temprana se puede administrar cuando sea necesario sin límite de tiempo.⁷¹

- Anticonceptivos orales combinados / Anillos / parche vaginal: los intervalos de recarga para la anticoncepción hormonal combinada pueden variar según el método de pago. Si es posible, se debe proporcionar anualmente un suministro de píldoras, anillos o parches para 12 meses, tomando las precauciones de guardado en lugar adecuado para ello.

Consideraciones sobre el uso de los inyectables combinados mensuales

- La primera inyección debe administrarse entre el 1° y 7° día del ciclo menstrual, aunque podría comenzarse más tarde si se está segura/o que la usuaria no está embarazada. Si comienza después del 7° día del ciclo menstrual se recomienda usar métodos de barrera o abstinencia durante los primeros siete días de uso.
- La inyección es intramuscular, con las precauciones de asepsia habituales. Disponer de preparados de autoadministración también debe seguir esta indicación.
- Las inyecciones deben repetirse cada 4 semanas. El sangrado ocurre alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe enfatizar que la fecha de sangrado no es lo que determina cuando repetir la inyección sino la fecha de la primera administración.
- Si no es posible cumplir con la fecha exacta, se pueden usar hasta 7 días antes y 7 días después de la fecha indicada, advirtiendo que esto producirá desorden de los sangrados.
- En el período posparto, la mujer que no amamanta puede empezar el uso de ACI después de la tercera semana ya que antes hay riesgo de trombosis. Si está lactando, no debe usarlo en los primeros 6 meses. Después de 6 meses, puede iniciar su uso, aunque esté en amenorrea, si está segura de no estar embarazada, en cuyo caso debe usar protección adicional durante los primeros siete días de uso

- Para minimizar el riesgo de atraso en la inyección mensual, que conlleva riesgo de embarazo, la usuaria debe saber exactamente cuándo le corresponde y tener citación para recibirla en caso necesario o usar métodos recordatorios similares a los descritos para el uso de los AVC.
- El manejo de los efectos adversos es el descrito para la ACO. Cuando los efectos adversos son intolerables o si hay riesgo de anemia, debe considerarse el cambio a otro método. Si la vía de administración deseada es la inyectable, se puede sugerir el uso de inyectables de progestágeno solo.

Además de las consultas específicas por síntomas de ITS, efectos secundarios del MAC o para su debido aprovisionamiento, las adolescentes deben tener una visita al menos una vez al año para un adecuado control de salud.

RESUMEN Y RECOMENDACIONES:

- Las adolescentes sexualmente activas que tienen más probabilidades de solicitar métodos anticonceptivos son aquellas que perciben el embarazo como un evento negativo, tienen planes de estudios a largo plazo, son más maduras, experimentan un susto de embarazo o un embarazo real, o tienen familiares, amigos o un profesional de la salud que les pueda asesorar y aconsejar el uso de un MAC.
- Las posibles barreras a la anticoncepción en la adolescente incluyen preocupaciones sobre la confidencialidad y notificación a sus padres; costo; percepciones erróneas sobre el riesgo de embarazo no deseado; percepciones erróneas sobre la verdad de las contraindicaciones, la evaluación previa al inicio de un MAC; así como también sus posibles efectos.
- Una adecuada historia médica, reproductiva/sexual y social identificará contraindicaciones absolutas o relativas, condiciones médicas asociadas (p. ej., acné, dismenorrea) y las preferencias individuales de la usuaria (p. ej., facilidad de uso) que pueden afectar la elección del MAC (tabla 2).
- Cuando asesoramos opciones de anticoncepción a las adolescentes, debemos describir en orden de efectividad, comenzando con los métodos más efectivos (es decir, anticoncepción intrauterina y el implante anticonceptivo). Analizamos en conjunto su eficacia, contraindicaciones, anticipamos efectos secundarios (p. ej., sangrado vaginal no programado o esperado, efectos adversos y los beneficios no anticonceptivos).
- Antes de iniciar la anticoncepción, proporcionamos información general sobre a quién contactar con preguntas, la necesidad de usar condones para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y la disponibilidad e indicaciones para anticoncepción hormonal de emergencia.
- En el momento del inicio de la anticoncepción, es útil una discusión sobre estrategias para aumentar la adherencia.
- Las adolescentes sexualmente activas deben conocer siempre cuáles son los síntomas de ITS o de los posibles efectos secundarios de su método anticonceptivo que requieran un control (tabla 2). La frecuencia del seguimiento relacionado con la anticoncepción varía con el método.
- Además de consultar por síntomas sugerentes de ITS, efectos secundarios o de uso del determinado MAC, las adolescentes deben tener al menos un control anual de salud.

Referencias

1. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med* 2016; 374:843.
2. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ* 2018; 67:1.
3. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83:397.
4. Abma JC, Martinez GM. Sexual Activity and Contraceptive Use Among Teenagers in the United States, 2011-2015. *Natl Health Stat Report* 2017; :1.
5. Martinez GM, Abma JC. Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15-19 in the United States. *NCHS Data Brief* 2015; :1.
6. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, et al. *Contraceptive Technology*, 20th ed, Ardent Media, Inc, New York 2012.
7. Nelson AL, Neinstein LS. Contraception. In: *Handbook of Adolescent Health Care*, Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, et al (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p.389.
8. Kavanaugh ML, Frohwirth L, Jerman J, et al. Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults: patient and provider perspectives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013; 26:86.
9. Kavanaugh ML, Jerman J, Ethier K, Moskosky S. Meeting the contraceptive needs of teens and young adults: youth-friendly and long-acting reversible contraceptive services in U.S. family planning facilities. *J Adolesc Health* 2013; 52:284.
10. Pritt NM, Norris AH, Berlan ED. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30:18.
11. Secura GM, Madden T, McNicholas C, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med* 2014; 371:1316.
12. Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, et al. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: A cluster randomised trial. *Lancet* 2015; 386:562.
13. Secura GM, Adams T, Buckel CM, et al. Change in sexual behavior with provision of no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 2014; 123:771.
14. Thompson KM, Rocca CH, Kohn JE, et al. Public Funding for Contraception, Provider Training, and Use of Highly Effective Contraceptives: A Cluster Randomized Trial. *Am J Public Health* 2016; 106:541.
15. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2:CD005215.
16. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012; 366:1998.
17. The Patient Protection and Affordable Care Act. Public Law No. 111-148 (2010). <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform/> (Accessed on March 22, 2016).
18. Chuang CH, Mitchell JL, Velott DL, et al. Women's Awareness of Their Contraceptive Benefits Under the Patient Protection and Affordable Care Act. *Am J Public Health* 2015; 105 Suppl 5: S713.
19. Society for Adolescent Health and Medicine, American Academy of Pediatrics. Confidentiality Protections for Adolescents and Young Adults in the Health Care Billing and Insurance Claims Process. *J Adolesc Health* 2016; 58:374.
20. Guttmacher Institute. State laws and policies. Insurance Coverage of Contraceptives. <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/insurance-coverage-contraceptives> (Accessed on May 31, 2016).
21. Chacko MR, Wiemann CM, Buzi RS, et al. Choice of Postpartum Contraception: Factors Predisposing Pregnant Adolescents to Choose Less Effective Methods Over Long-Acting Reversible Contraception. *J Adolesc Health* 2016; 58:628.
22. Truehart A, Whitaker A. Contraception for the adolescent patient. *Obstet Gynecol Surv* 2015; 70:263.
23. Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion No. 710: Counseling Adolescents About Contraception. *Obstet Gynecol* 2017; 130: e74. Reaffirmed 2020.
24. Coates C, Gordon CM, Simpson T. A Qualitative Study Exploring Contraceptive Practices and Barriers to Long-Acting Reversible Contraceptive Use in a Sample of Adolescents Living in the Southern United States. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018; 31:605.
25. Gordon CM, Pitts SA. Approach to the adolescent requesting contraception. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:9.
26. WHO, Department of Reproductive Health and Research, Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/en (Accessed on April 15, 2016).
27. Rieder J, Coupey SM. Contraceptive compliance: Personalizing an adolescent's plan for effective birth control. *The Female Patient (Suppl)* 2000; 12.
28. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:1.
29. Clarke KE, Kraft JM, Wiener JB, et al. Factors Associated with Contraceptive Use Differ between Younger and Older African-American Female Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29:448.
30. Kumar MM. Long-Acting Reversible Contraceptives for Adolescents: More Complex Than "First-Line". *JAMA Pediatr* 2018; 172:6.
31. Melo J, Peters M, Teal S, Guiahi M. Adolescent and Young Women's Contraceptive Decision-Making Processes: Choosing "The Best Method for Her". *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28:224.
32. Nguyen LN, Jamieson MA. Adolescent users of an online contraception selection tool: how user preferences and characteristics differ from those of adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24:317.
33. Rubin SE, Felsher M, Korich F, Jacobs AM. Urban Adolescents' and Young Adults' Decision-Making Process around Selection of Intrauterine Contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29:234.
34. Brückner H, Bearman P. After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. *J Adolesc Health* 2005; 36:271.
35. Ott MA, Sucato GS, Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014; 134: e1257.
36. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014; 134: e1244.
37. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2012; 120:983.
38. Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 126: e44. Reaffirmed

2018.

39. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol* 2017; 130: e251. Reaffirmed 2019.
40. Usinger KM, Gola SB, Weis M, Smaldone A. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29:659.
41. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, et al. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1298.
42. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol* 2017.
43. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 115.e1.
44. Sivin I, Schmidt F. Effectiveness of IUDs: A review. *Contraception* 1987; 36:55.
45. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: The European active surveillance study for intrauterine devices. *Contraception* 2015; 91:280.
46. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:1.
47. Alton TM, Brock GN, Yang D, et al. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25:195.
48. Deans EI, Grimes DA. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception* 2009; 79:418.
49. Díaz J, Pinto Neto AM, Bahamondes L, et al. Performance of the copper T 200 in parous adolescents: are copper IUDs suitable for these women? *Contraception* 1993; 48:23.
50. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, et al. Positive testing for *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* and the risk of pelvic inflammatory disease in IUD users. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24:354.
51. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, et al. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159:139.
52. Black box warning added concerning long-term use of Depo-provera contraceptive injection. FDA Talk Paper. November 17, 2004. Available at: www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01325.html (Accessed on December 05, 2007).
53. Cromer BA, Scholes D, Berenson A, et al. Depot medroxyprogesterone acetate and bone mineral density in adolescents--the Black Box Warning: a Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2006; 39:296.
54. Harel Z, Wolter K, Gold MA, et al. Inadequate vitamin D status in adolescents with substantial bone mineral density loss during the use of depot medroxyprogesterone acetate injectable contraceptive: a pilot study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23:209.
55. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 448: Menstrual manipulation for adolescents with disabilities. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1428.
56. Quint EH, O'Brien RF, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. Menstrual Management for Adolescents With Disabilities. *Pediatrics* 2016; 138.
57. Leeks R, Bartley C, O'Brien B, et al. Menstrual Suppression in Pediatric and Adolescent Patients with Disabilities Ranging from Developmental to Acquired Conditions: A Population Study in an Australian Quaternary Pediatric and Adolescent Gynecology Service from January 2005 to December 2015. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2019; 32:535.
58. Pradhan S, Gomez-Lobo V. Hormonal Contraceptives, Intrauterine Devices, Gonadotropin-releasing Hormone Analogues and Testosterone: Menstrual Suppression in Special Adolescent Populations. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2019; 32: S23.
59. Steiner RJ, Liddon N, Swartzendruber AL, et al. Long-Acting Reversible Contraception and Condom Use Among Female US High School Students: Implications for Sexually Transmitted Infection Prevention. *JAMA Pediatr* 2016; 170:428.
60. National Institute for Health and Care Excellence. Contraceptive services for under 25s. March 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph51/chapter/Introduction-scope-and-purpose-of-this-guidance> (Accessed on March 29, 2016).
61. Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion No 699: Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. *Obstet Gynecol* 2017; 129: e142. Reaffirmed 2020.
62. Potter J, Santelli JS. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. *Minerva Pediatr* 2015; 67:33.
63. Gold MA, Sucato GS, Conard LA, et al. Provision of emergency contraception to adolescents. *J Adolesc Health* 2004; 35:67.
64. Stancil SL, Miller M, Briggs H, et al. Contraceptive Provision to Adolescent Females Prescribed Teratogenic Medications. *Pediatrics* 2016; 137.
65. Braverman PK, Breech L, Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics. Clinical report--gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting. *Pediatrics* 2010; 126:583.
66. Potter J, Soren K. Long-Acting Reversible Contraception and Condom Use: We Need a Better Message. *JAMA Pediatr* 2016; 170:417.
67. United States Department of Health and Human Services. Program Guidelines for Project Grants for Family Planning Services. <http://www.hhs.gov/opa/title-x-family-planning/title-x-policies/program-guidelines/2001-ofp-guidelines-complete.html#8.1> (Accessed on June 17, 2016).
68. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356:1013.
69. Rickert VI, Tiezzi L, Lipshutz J, et al. Depo Now: preventing unintended pregnancies among adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2007; 40:22.
70. Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, et al. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception* 2009; 80:7.
71. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016 (US SPR). In: CDC Contraceptive Guidance for Health Care Providers. Available at: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm#usspr.
72. Trent M, Thompson C, Tomaszewski K. Text Messaging Support for Urban Adolescents and Young Adults Using Injectable Contraception: Outcomes of the DepoText Pilot Trial. *J Adolesc Health* 2015; 57:100.
73. Smith C, Gold J, Ngo TD, et al. Mobile phone-based interventions for improving contraception use. *Cochrane Database Syst Rev* 2015: CD011159.
74. Westhoff C, Heartwell S, Edwards S, et al. Initiation of oral contraceptives using a quick start compared with a conventional start: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 109:1270.

75. Polaneczky M, Slap G, Forke C, et al. The use of levonorgestrel implants (Norplant) for contraception in adolescent mothers. *N Engl J Med* 1994; 331:1201.
76. Lara-Torre E. "Quick Start", an innovative approach to the combination oral contraceptive pill in adolescents. Is it time to make the switch? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:65.
77. Castaño PM, Bynum JY, Andrés R, et al. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 119:14.
78. Hou MY, Hurwitz S, Kavanagh E, et al. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010; 116:633.
79. Woods JL, Shew ML, Tu W, et al. Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users. *J Adolesc Health* 2006; 39:381.
80. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, et al. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38:190.
81. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Condom Use by Adolescents. *Pediatrics* 2013; 132:973.
82. OCTAVA ENCUESTA NACIONAL DE LA JUVENTUD 2015. Disponible en: <http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro>.
83. SEPTIMA ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD, 2012. Gobierno de Chile. Instituto Nacional de la Juventud. www.injuv.cl
84. Lehrer J, Pantell R, Tebb K, Shafer M. Forgone Health care among US adolescents: associations between risk characteristics and confidentiality concern. *J Adolesc Health* 2007; 40: 218-26.
85. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile. "Ley n° 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad".
86. Molina R. "Anticoncepción en la Adolescencia". En Texto: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA. Molina R, Sandoval J, González E (eds). 2003. pp: 768 – 782
87. Molina R., Montero A. "Anticoncepción en la Adolescencia". En Texto: SELECCIÓN DE TEMAS EN GINECOOBSTETRICIA, TOMO II, 1° EDICIÓN. Eghon Guzmán (ed). Ediciones Publimpacto, 2007, Santiago de Chile. 795 - 825.
88. Castaño PM, Bynum JY, Andrés R, Lara M, Westhoff C. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119(1): 14-20
89. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016. Ministerio de Salud. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf

Edición N° 8 , Julio 2020
www.socheg.cl

