

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

CONTRACEPTION IN ADOLESCENCE

DRA. ADELA MONTERO V. (1)

1. PROFESOR ASISTENTE, ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA. CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA (CEMERA). FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email: amontero@med.uchile.cl

RESUMEN

Se analiza el concepto de anticoncepción en la adolescencia, enfatizando la importancia de considerar en la indicación y seguimiento las características propias del desarrollo biopsicosocial de los/las adolescentes así como las características de las instituciones y profesionales prestadores de la atención en salud. Se hace énfasis en la necesidad de educación en sexualidad y prevención de otras consecuencias de la actividad sexual no protegida como las infecciones de transmisión sexual (ITS) y por VIH/SIDA. Se describen los diferentes métodos anticonceptivos, su indicación y contraindicaciones, destacando aquellos que por su aceptabilidad y eficacia son más recomendables en adolescentes sin patologías crónicas o necesidades especiales. Se realiza un análisis general sobre las principales consideraciones éticas y legales relacionadas con la anticoncepción en adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia, anticoncepción, salud adolescente, anticoncepción en adolescentes.

SUMMARY

It analyzes the concept of contraception in adolescence, emphasizing the importance of considered in the indication and monitoring the own characteristic of the biopsychosocial development in adolescents as well as the characteristics of

the institutions and providers of health care. It emphasizes the need for education on sexuality and prevention of other consequences of unprotected sexual activity as sexual transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS. The different contraceptive methods, their indication and contraindications are described, emphasizing those that by their acceptability and effectiveness are more recommendable in adolescents without chronic pathologies or special needs in health. It discusses the main ethical and legal considerations related to contraception in adolescents.

Key words: Adolescence, contraception, adolescent health, contraception in adolescents.

INTRODUCCIÓN

Es importante conocer los conceptos existentes sobre anticoncepción en la adolescencia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos. Podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla (1).

En general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con

los adultos por lo que es necesario preguntarse: ¿existen anticonceptivos especiales para el uso en adolescentes? o ¿existen condiciones o características especiales de los/las adolescentes para el uso de anticonceptivos?

La indicación de un método anticonceptivo a una adolescente o pareja de adolescentes no es igual que en los adultos, sino por el contrario, no todos serán adecuados en la adolescencia, principalmente debido a las mayores tasas de fracaso, menor aceptabilidad y mayores tasas de discontinuación, siendo prioritario frente a la indicación de anticoncepción evaluar los aspectos biopsicosociales involucrados.

El objetivo general de esta publicación es entregar una visión general sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su uso e indicación en adolescentes sin patologías crónicas o con necesidades especiales.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

En los últimos años hemos observado en nuestro país una disminución progresiva en la edad de inicio de la actividad sexual, observándose diferencias según género y nivel socioeconómico (2, 3, 4, 5, 6, 7). El embarazo no deseado y el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) y/o por VIH son unas de las principales consecuencias del inicio de la actividad sexual sin protección y a edades más precoces (6). Respecto al uso de anticoncepción en adolescentes, la información disponible muestra resultados variables. Al considerar su uso en la primera relación sexual, datos del INJUV (4, 7), revelan que el año 2006 el 44,7% de los jóvenes encuestados entre 15 - 29 años declara haber utilizado anticoncepción, aumentando a 51,4% el año 2009. El porcentaje de adolescentes entre 15 - 19 años que utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual según esta fuente fue de 54,8 % el año 2006 y 58,3% el 2009. Si consideramos la última relación sexual, para el año 2006 y 2009, el 67% y 68,1% de los adolescentes encuestados entre 15 - 19 años declaran haber utilizado anticoncepción (4, 7). Los métodos anticonceptivos utilizados más frecuentemente en la primera relación sexual fueron el preservativo masculino (85,7%) y anticonceptivos orales (19,1%). En la última relación sexual se observa una fuerte disminución en el uso de condón masculino (44,2%) y aumento en la utilización de anticonceptivos orales a 44,2% (7). Lo anterior grafica que los jóvenes cuando están utilizando un método diferente al condón tienden a abandonar éste, pues su uso está fundamentado principalmente en la idea de prevención de embarazo y no como una forma de prevención de ITS/VIH (6, 8). Un estudio realizado sobre el uso del preservativo en 205 adolescentes sexualmente activas, consultantes por anticoncepción, mostró que sólo un 7,3 % lo utilizaba "siempre", un 42,9% lo usaba "a veces" y 49,7% no lo utilizaba. La principal razón de uso del condón fue para prevención de embarazo (28,7%), para prevención de embarazo e ITS (31%) y para prevenir específicamente ITS (17%). La principal razón de no uso fue por estar utilizando otro método (25,8%); por tener pareja única (17,5%); "porque no le gusta" (16,5%) o por incomodidad (14,4%). Sólo un 3% no lo utiliza por falta de acceso (8). Otro estudio en escolares chilenos

de 13 - 15 años mostró que el uso de condón en la primera relación sexual no excedía el 7% (5). González E. y cols., (9) en adolescentes de nivel socioeconómico medio - bajo, consultantes en un centro de salud universitario, observaron que dentro de los principales factores protectores asociados a la continuidad de un método anticonceptivo se encontraban: mejor promedio de notas y aspiraciones académicas futuras como terminar enseñanza media; mayor nivel educacional del padre; edad materna; antecedente de que la madre haya sido madre adolescente y una mayor escolaridad de la pareja. Como factores de riesgo de abandono se encontró que por cada año de aumento de la edad de la adolescente, la posibilidad de abandono aumentaba en 13%. El mayor número de parejas sexuales aumentó el riesgo en 24%; la regular relación con los padres y el vivir sin los padres aumentaba este riesgo en 27 y 49% respectivamente. Entre las usuarias de anticoncepción, se observó que las usuarias de anticonceptivos orales tenían un riesgo de abandono de 28% respecto a las usuarias de inyectables. Variables como: filiación; figura de crianza; composición familiar; actividad de los padres; mayor edad al inicio de la actividad sexual; fuente de información sobre anticoncepción o aspiraciones académicas elevadas, no mostraron asociación respecto a la continuidad anticonceptiva en este grupo (9).

Para los/las profesionales de la salud que trabajamos con adolescentes es perentorio identificar y establecer que el enfoque respecto a la indicación y seguimiento de anticoncepción debe ser diferente e independiente del enfoque tradicional utilizado en adultos. Es necesario contar con servicios, centros o unidades de atención para adolescentes acordes a sus necesidades e intereses, preparado y acondicionado para entregar educación y atención de calidad, donde se pueda considerar a los/las adolescentes de manera integral, en un modelo de atención no paternalista que respete y promueva la autonomía y los derechos de esta población.

PERFIL DE USO DE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES

Los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son de índole biopsicosocial, relacionados con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno psicosocial. En general, respecto a la elección del método debemos elegir el o los métodos anticonceptivos que puedan prevenir las principales consecuencias de la actividad sexual no protegida, como embarazo e ITS/VIH. Es importante aclarar que según mi experiencia, cuando una adolescente o pareja de adolescente consulta para iniciar un método anticonceptivo, es perentorio realizar la indicación lo más oportunamente posible, sin poner obstáculos como la realización del examen ginecológico o pruebas de laboratorio. En la gran mayoría de los casos se trata de adolescentes sin ninguna patología, por lo que la indicación anticonceptiva puede realizarse por cualquier profesional de la atención primaria debidamente capacitado, resultando la referencia a nivel secundario en situaciones muy particulares. Es crucial entender que las principales limitaciones en la indicación y continuidad de la anticoncepción tiene relación con los condicionantes de la conducta de los/las

adolescentes, con los mitos y creencias existentes y con el acceso a la atención en salud.

En relación a los **condicionantes de la conducta** nos encontramos que en Chile, la edad promedio de inicio de la actividad sexual ha disminuido a 16,3 años en varones y 17,1 años en mujeres (7). En adolescentes de nivel socioeconómico medio – bajo esta edad promedio fue de 15,7 años en varones y 15,5 años en mujeres (2), mientras que el tiempo transcurrido entre el inicio de la relación afectiva y el inicio de actividad sexual fue de 6,2 meses en hombres y 7,5 meses en mujeres (2). Los/las adolescentes durante su desarrollo psicológico experimentan una percepción a menudo inestable respecto a su autoimagen, con valoración frecuentemente negativa, con tendencia al opositorismo, a la impulsividad y a la sensación de invulnerabilidad u omnipotencia (10). Estas características propias del desarrollo, pueden situar a los/las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad para presentar conductas de riesgo. Desde el punto de vista cultural cada vez nos encontramos con una mayor cantidad de mensajes contradictorios en los medios de comunicación, donde la sexualidad es un producto que vende asociado al éxito y mayores expectativas de triunfo, lo que sumado a la carencia de programas de educación sexual transversales, oportunos y veraces, condicionan otro factor determinante en la actividad sexual no protegida. Finalmente las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar.

En la práctica diaria, lamentablemente a menudo podemos comprobar que la información que los/las adolescentes consultantes por Salud Sexual y Reproductiva (SSR) poseen sobre sexualidad es insuficiente y en muchos casos errada, asociándose con gran frecuencia a **mitos** y **creencias** existentes, dentro de los cuales tenemos por ejemplo: “los anticonceptivos hormonales producen esterilidad femenina que se presenta muchos años después”; “los anticonceptivos hacen mal al organismo”; “los anticonceptivos hacen engordar, salir pelos y producen cáncer”; “la abstinencia periódica afecta la salud mental de las personas” (1).

Respecto a los principales fundamentos para la utilización y abandono de anticoncepción, encontramos que en un estudio con 201 adolescentes embarazadas las principales razones de no uso fueron: no pensó en riesgo de embarazo (37%); por deseo de embarazo (22,8%); por falta de conocimientos en anticoncepción (15,3%); por “razones morales, como no está bien usarlos” (9,9%); porque la pareja se opuso (5%); por coito ocasional (5%); por temor a posibles daños especialmente vinculados con la fertilidad (3,5%) y por no saber dónde acudir (1,5%) (11). Dentro de las principales causas de abandono se mencionan: término de relación de pareja (27%); presencia de cefalea, náuseas y aumento de peso (16,1%); presión de los padres (12,4%); deseo de embarazo (10,4%); viaje o estadía fuera de la ciudad (7,8%); embarazo (5,2%); sin razón aparente (5,7 %); dificultad para consultar (4,1%); enfermedad (3,6%); incompatibilidad de horario (3,6 %) y olvido (3,1%) (12).

La **accesibilidad a la atención en salud** es otro pilar fundamental a considerar cuando hablamos de anticoncepción en adolescentes. Sin duda que la falta de preparación del equipo que atiende adolescentes, así como la inexperiencia del profesional, la dificultad en la comunicación con el/la adolescente, el manejo dificultoso de los padres o acompañantes y finalmente la valoración negativa sobre la sexualidad de los/las adolescentes, contribuye a una atención de menor calidad que incidirá directamente sobre la continuidad del método indicado. Otro aspecto vital se refiere a la preocupación por el respeto a la confidencialidad en la atención, resultando en la práctica un tema preocupante, particularmente para aquellos/as adolescentes con mayor prevalencia de factores de riesgo relevantes para su salud, traduciéndose en una importante barrera para el acceso a la atención, cuando existen dudas respecto a la divulgación de la información entregada confidencialmente (13), por ende hay que tener especial cuidado, pues si aumentamos las restricciones respecto al manejo de la confidencialidad, podemos ejercer un efecto contrario al esperado, derivando en una fuente de limitación al acceso en la atención, principalmente de aquellos que tienen un mayor riesgo de resultados negativos para su salud.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existe una multiplicidad de métodos usados en anticoncepción que se describirán a continuación en forma general (1, 14). No todos son recomendables en adolescentes, principalmente por las mayores tasas de fracaso y discontinuidad.

1. MÉTODOS HORMONALES: en este grupo tenemos los anticonceptivos orales, combinados (ACO) y de progestágeno, los inyectables, el anillo vaginal, el parche transdérmico e implantes subcutáneos (1, 14).

ACO: son muy efectivos si se siguen las indicaciones en relación a su administración. No interfieren con la relación sexual. En general están constituidos por un estrógeno (etinil estradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto antiandrogénico). En ocasiones pueden presentarse algunos efectos secundarios como cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas y/o mareos, pero con los nuevos preparados la tolerancia así como los riesgos y los efectos secundarios se han ido minimizando. Por otra parte presentan beneficios adicionales como la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, mejoramiento del acné, protección contra las infecciones pelvianas y alivio del síndrome premenstrual entre otros (15). La indicación debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado, realizando una adecuada consejería, evaluación y seguimiento de la persona que solicita el método.

Inyectables: según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. Igual que con los ACO deben ser indicados por un profesional capacitado. En la actualidad los más recomendables son 2 inyectables que contienen valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxi-

progesterona respectivamente. La primera dosis se indica con el 1° o 2° día de la regla y se repite cada 30 días. El inyectable que contiene estradiol enantato/alfasona acetofénido no debiera utilizarse. Los inyectables de progestágeno puro de depósito cada 3 meses, se utilizan en casos excepcionales y siempre bajo supervisión médica.

Anillo vaginal: el anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinil estradiol y etonorgestrel. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio. La primera vez se inserta durante el primer día de la regla y se cambia cada 3 semanas, posterior a 7 días de descanso se introduce un nuevo anillo. Es fácil y cómodo de utilizar y no interfiere con el coito. Existe un anillo a base sólo de progesterona recomendado en el período postparto para no interrumpir la lactancia.

Parche transdérmico: como su nombre lo indica consiste en un sistema que se adhiere a la piel desde el cual se libera la hormona en forma sostenida y paulatina hacia el torrente sanguíneo. Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende con el agua. La caja contiene 3 parches que se cambian cada 7 días intercalando una semana de descanso. Contiene etinil estradiol y norelgestromín como progestágeno.

Implantes subcutáneos: se conocen 2 tipos en Chile, que duran entre 5 y 3 años respectivamente. Ambos son a base de progestágenos (levonorgestrel o etonorgestrel). Son una especie de barras muy pequeñas que contienen la hormona, las que se deben colocar debajo de la piel (cara interna del brazo), desde donde se libera el anticonceptivo hacia la circulación, posteriormente al cumplirse el tiempo de uso debe ser extraído. Tanto la inserción como la extracción debe realizarla un profesional entrenado.

2.- MÉTODOS VAGINALES Y DE BARRERA: en esta categoría están incluidos el coitus interruptus, el preservativo masculino y femenino, el diafragma, los espermicidas y la esponja vaginal (14).

Coito interrumpido o *coitus interruptus* consiste en la eyaculación fuera de la vagina. Existe un alto riesgo de fracaso al utilizarlo como método anticonceptivo. No protege contra las infecciones genitales.

Condón masculino es fácil de adquirir y de utilizar con la debida educación. Contribuyen a prevenir la adquisición de ITS incluyendo la infección por VIH/SIDA. Los preservativos no tienen riesgos para la salud, pero su uso requiere motivación.

Condón femenino es poco conocido y utilizado por la población y es algo más costoso. Se inserta por la usuaria en la vagina antes de la relación sexual y se debe extraer cuidando de no derramar el semen. La ventaja es que los genitales externos también quedan protegidos sobre todo cuando se trata de ITS que se adquieren a través del contacto con la piel vulvar (herpes, condilomas, etc.).

Diafragma: es muy utilizado en otros países como EEUU, está consti-

tuido por un aro metálico flexible el que está forrado por una capa de goma que adquiere forma cóncava. Se inserta en la vagina previo a la relación sexual y se usa con espermicidas para aumentar su efectividad. Puede producir irritación mecánica y/o infecciones vaginales. Debe ser indicado y enseñado por un profesional ya que existen diferentes tamaños y puede ocasionar dolor al quedar mal colocado.

Espermicidas: son sustancias químicas que se administran en la vagina previo al coito, su mecanismo de acción consiste en inmovilizar o terminar con la viabilidad de los espermatozoides. Se conocen preparados a base de cremas, espumas y óvulos. En general se usan en forma conjunta con otros métodos como el condón y diafragma.

Esponja vaginal: consiste en una esponja de poliuretano cuyo mecanismo de acción es fundamentalmente mecánico, bloqueando la entrada de los espermatozoides hacia el cuello uterino. Su disponibilidad es restringida. No se recomienda en adolescentes.

3.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO: va inserto en el interior del útero, es efectivo, no interfiere con la relación coital. Debe ser insertado por un profesional competente, por los riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento. Debe ser controlado periódicamente. El DIU más utilizado en Chile ha sido la T de cobre 380 A, cuya duración es de aproximadamente 8 – 10 años. Existe un nuevo dispositivo que contiene levonorgestrel, liberando una dosis diaria de 20 ug. Dura aproximadamente 5 – 7 años y su ventaja es que disminuye la cantidad de sangrado menstrual y el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana, que en ocasiones se ve aumentado en mujeres usuarias de DIU.

4.- ESTERILIZACIÓN MASCULINA Y FEMENINA: es un procedimiento habitualmente quirúrgico, voluntario en nuestro país, que debería estar disponible según la legislación vigente, sin restricciones en los servicios de salud públicos. El Ministerio de Salud en diciembre del 2000 modificó la reglamentación administrativa, lo que permite a hombres y mujeres mayores de edad esterilizarse sin otro requisito más que su propia decisión y voluntad. Anteriormente se establecía que las mujeres podían esterilizarse sólo si tenían más de 32 años, 4 hijos vivos y una condición médica que la justificara, además de la autorización del cónyuge, lo que se traducía en fuente de discriminación, sobre todo de las mujeres más vulnerables. A grandes rasgos, el procedimiento en la mujer consiste en ligar y/o seccionar la trompa uterina el que actualmente puede ser realizado por vía laparoscópica. En el varón consiste en la ligadura y/o sección de los conductos deferentes o "vasectomía" que puede ser realizado ambulatoriamente. En menores de edad existiendo métodos reversibles y seguros de anticoncepción no estaría indicada esta forma de anticoncepción, excepto excepciones muy bien fundamentadas.

5.- OTROS MÉTODOS: en esta categoría se hará referencia a la abstinencia periódica, la amenorrea de lactancia y la anticoncepción de emergencia.

Abstinencia periódica es un método que suspende las relaciones

sexuales durante el período fértil de la mujer. Necesita una descripción y enseñanza detallada siendo un requisito importante que la mujer presente ciclos menstruales muy regulares. Requiere alta motivación y tiene mayor probabilidad de fracaso en comparación con otros métodos. No protege contra las ITS o infección por VIH/SIDA. Para determinar el período fértil existen varias formas como es el método del calendario o de Ogino y Knauss, la medición de la temperatura basal y la observación de las características del moco cervical o método de Billings (1).

Amenorrea de lactancia sólo es útil cuando se está con lactancia exclusiva y en libre demanda, es decir no se está alimentando al niño/a con suplementos y se lo alimenta frecuentemente. Estas condiciones se observan generalmente durante los primeros 3 meses postparto, es sólo temporal y se recomienda agregar un método anticonceptivo seguro una vez que cambien estas condiciones. En las mujeres con lactancia, en general para no entorpecer el proceso, se recomienda utilizar anticonceptivos a base sólo de progestágenos o se puede insertar un DIU a los 30 días postparto.

Anticoncepción de Emergencia (AE): históricamente se inició en los años 60, empleando altas dosis de hormonas para la prevención del embarazo después de una agresión sexual (16). Se han empleado múltiples métodos dentro de los cuales tenemos: uso de estrógenos en diferentes dosis, combinación de estrógenos más progestágenos, progestágenos solos, dispositivos intrauterinos y mifepristona (RU – 486). El uso del levonorgestrel como anticoncepción de emergencia, es hoy el método de elección considerando los estudios clínicos realizados por la OMS (16). La AE es una alternativa anticonceptiva que las mujeres tienen derecho a conocer y a utilizar. No es un método abortivo ni promueve el libertinaje sexual. No es teratogénico y su mecanismo de acción es principalmente como anovulatorio, actuando también sobre la migración y capacitación espermática (14, 16). Investigaciones científicas recientes NO avalan que el levonorgestrel en las dosis utilizadas en AE produzca cambios a nivel endometrial que interfieran con la implantación del embrión a nivel del útero (16), por ende no es un método abortivo, sino por el contrario, es un método que contribuye a prevenir el embarazo no planificado.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES PARA LA INDICACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES:

Como hemos mencionado, para indicar un método anticonceptivo hay que considerar y evaluar varios aspectos, como el perfil o características propias de el/la adolescente consultante, así cómo la aceptabilidad y eficacia del método a recomendar. De utilidad ha sido la clasificación de adolescentes consultantes en 3 grupos (A, B y C) considerando sus antecedentes de fecundidad (1, 14).

El Grupo A es aquella adolescente sin experiencia reproductiva previa, es decir nuligesta, en las cuales habitualmente la actividad sexual es esporádica, con relación de pareja débil y fertilidad que aún no ha sido probada.

El Grupo B es la adolescente que ha tenido un embarazo, pero ha habido pérdida reproductiva antes de la viabilidad fetal, por lo que la fertilidad no está absolutamente probada. Este grupo presenta actividad sexual menos esporádica que el grupo anterior, pero con relación de pareja que puede continuar siendo débil.

El Grupo C es la adolescente que ha tenido un parto, generalmente tiene actividad sexual más regular, con relación de pareja algo más estable que los grupos anteriores y ya ha probado su fertilidad.

En la indicación del método tenemos que tener presente que el Grupo C es en general el menos conflictivo, tienen mejor aceptabilidad del método siendo la indicación similar a las mujeres adultas. El Grupo A es el más difícil, debido a la probabilidad de menor aceptabilidad y mayor abandono de métodos anticonceptivos. El Grupo B está entre ambos grupos, pero se asemeja más al grupo A. En adolescentes del grupo A y B se recomienda habitualmente el uso de anticoncepción hormonal combinada. A todas las consultantes, independiente del grupo en el que se encuentren, se les debe recomendar y enseñar el uso adecuado del condón, como prevención de ITS/VIH. En la práctica todos los grupos tienen una gran necesidad de educación y consejería adecuada en SSR (1, 14). Es interesante consignar que aún cuando el grupo C es el menos conflictivo, alrededor del 60% tiene riesgo de repetir la condición de embarazo antes de los 2 años (14).

EFFECTIVIDAD Y ELEGIBILIDAD DEL MÉTODO

Es importante considerar previo a la indicación de un anticonceptivo, que la población de adolescentes presenta mayores tasas de fracaso para los diferentes métodos cuando se compara con adultas (1, 14). Considerando lo anterior, en nuestra experiencia los métodos más recomendables y utilizados en adolescentes por su eficacia, accesibilidad, tasas de continuidad y bajo riesgo de reacciones adversas son la anticoncepción hormonal combinada, principalmente oral o inyectable. El uso del anillo vaginal y del parche transdérmico también son alternativas a considerar que dependerán principalmente de la usuaria, fundamentalmente debido a la facilidad y privacidad relacionada con su utilización.

Considerando la efectividad y las limitaciones del uso de anticoncepción en adolescentes, es más fácil evaluar la indicación de un método en particular considerando los grupos ya mencionados. En general en adolescentes de todos los grupos (A, B y C) se recomienda anticoncepción oral combinada, de preferencia preparados con 30 ug de etinil estradiol y 150 ug de levonorgestrel, pues son los que tienen menor riesgo trombogénico. El uso de preparados con menor dosis de estrógenos, especialmente preparados con 15 ug de etinil estradiol, no los recomendamos, pues aparte de producir sangrado irregular, existe el riesgo de escapes ovulatorios y además no hay suficiente evidencia sobre el impacto que estas menores dosis de estrógenos tengan sobre la ganancia de masa ósea en adolescentes, postulándose incluso la posibilidad de un efecto negativo sobre ésta (14). Se ha establecido que

en un ciclo menstrual ovulatorio el promedio de estrógenos es mayor que cuando usamos anticoncepción. Existe controversia en la literatura, pues en este período del crecimiento es cuando la persona gana la mayor cantidad de masa ósea, la que podría verse afectada frente a un hipolestrogenismo relativo inducido por anticoncepción, esto sin considerar que los adolescentes no cumplen con los requerimientos de ejercicio e ingesta de calcio diaria (14). Los preparados con 20 ug de etinil estradiol los indicamos frente a presencia de reacciones adversas como náuseas, cefalea o hipersensibilidad mamaria con las dosis de 30 ug. En adolescentes con problemas de hiperandrogenismo, recurrimos a anticonceptivos hormonales combinados cuyo progestágeno posea mayor potencia antiandrogénica.

La indicación de inyectables combinados mensuales la realizamos en adolescentes principalmente del grupo A y B o en adolescentes del grupo C que no están lactando, generalmente por la propia percepción de la adolescente de la posibilidad de olvido en la ingesta y por la mantención de la confidencialidad. Han sido muy útiles además en adolescentes con problemas de salud mental y/o con antecedente de consumo de drogas y/o alcohol. Nuestra experiencia se basa fundamentalmente en el uso de preparados con 50 mg de enantato de noretisterona / 5 mg de valerato de estradiol (17). El otro preparado disponible contiene 25 mg de medroxiprogesterona / 5mg cipionato de estradiol, con el que estamos preparando un estudio para conocer y comparar su aceptabilidad en adolescentes. Bajo ninguna circunstancia se recomienda el uso de inyectables que contengan 120 mg alfasona acetofénido/10 mg estradiol enantato, debido a su alta dosificación.

La utilización e indicación de inyectables de larga duración (3 meses) como la Depomedroxiprogesterona (DMPA) de depósito (150 mg), prácticamente no la realizamos (14), sólo frente a casos especiales y excepcionales debido a las reacciones adversas que se señalarán más adelante.

El uso de implantes subcutáneos pese a que cumplen con las condiciones anteriores, no los utilizamos de primera elección y los hemos considerado en adolescentes cuyas características personales las sitúan en un grupo de alto riesgo de abandono o uso inadecuado de los métodos hormonales combinados habitualmente utilizados. Esto se fundamenta en el costo económico y en que tampoco hay estudios suficientes que evalúen el impacto sobre la densidad ósea en adolescentes. Nuestra experiencia ha sido fundamentalmente con el implante de etonorgestrel de 3 años de duración.

Los dispositivos intrauterinos presentan una tasa de fracaso en adultas de 1,5 por 100 años mujer, mientras que en adolescentes esta tasa se eleva a un 7%, principalmente debido al menor tamaño del útero en nuligestas, lo que favorecería la expulsión (1, 14). Sólo los recomendamos en adolescentes que ya han tenido un embarazo y/o parto y que voluntariamente opten por este método o que presenten alguna contraindicación para el uso de anticoncepción hormonal. En nuligestas su uso no está absolutamente contraindicado, pero su indicación debe

restringirse a situaciones muy específicas que deben ser evaluadas por profesional especialista. La aparición de dispositivos de menor tamaño son una alternativa interesante a considerar en el futuro.

El condón siempre debe recomendarse. La tasa de fracaso se debe principalmente al uso incorrecto. En adultos, para el condón masculino se ha reportado una tasa de fracaso de 2 por 100 años mujer de observación, alcanzando en adolescentes una falla de hasta 13% (1, 14). La efectividad descrita para el condón femenino va de 0,8 a 9,5%, existiendo escasos estudios en población adolescente que evalúen su uso y tasas de continuidad (14).

Los métodos como el coitus interruptus, la abstinencia periódica así como el uso de espermicidas o de la esponja vaginal, no son recomendables por su alta tasa de fracaso en adultas. En adolescentes, particularmente los métodos naturales que necesitan cálculo del período fértil durante el ciclo menstrual son de alto riesgo de fracaso, toda vez que durante los primeros años post menarquia los ciclos menstruales son irregulares con anovulación frecuente. La frecuencia de ciclos anovulatorios postmenarquia reportados es alrededor de 55 – 82% los 2 primeros años, 30 – 55% a los 2 – 4 años y 20% a los 4 - 5 años (18).

El uso del diafragma requiere motivación, entrenamiento y privacidad, describiéndose en adultas una tasa de fracaso de 2% aumentando a 4% en adolescentes (14). En nuestra experiencia nos encontramos que a diferencia de otros países, no ha sido difundido en nuestra población, existiendo escasos profesionales que sepan indicar y enseñar adecuadamente su uso. Por otra parte, las mujeres, principalmente adolescentes, presentan dificultad y/o recelo en la manipulación de sus genitales, lo que sin duda hace que este método no sea recomendable para esta población.

Finalmente la anticoncepción de emergencia es un método útil a considerar, independiente del grupo en que la adolescente haya sido clasificada, siendo su indicación como su nombre lo indica sólo en la emergencia, es decir lo más precoz posible posterior a un coito sin protección anticonceptiva, indicando y reforzando mediante una adecuada consejería el uso posterior de métodos anticonceptivos de eficacia adecuada. Lo ideal es el uso vía oral de levonorgestrel: 1,5 mg en una dosis única o separado en dos dosis de 0,75 mg (750 ug) cada 12 horas. También es posible utilizar otros preparados orales que contienen levonorgestrel puro, como los utilizados durante la lactancia, cautelando que la dosis sea equivalente a la mencionada, lo que se lograría con la ingesta de 25 píldoras cada 12 horas que contengan cada una 30 ug de este progestágeno (16). En circunstancias en que no se pueda contar con preparados con levonorgestrel, se puede utilizar como alternativa anticonceptivos hormonales combinados con 30 ug de etinil estradiol/150 ug de levonorgestrel, indicando un total de 8 comprimidos por vía oral, distribuidos en dos ingestas de 4 comprimidos, separados por un lapso de 12 horas (14). La administración de la AE sería eficaz hasta 5 días posteriores al coito no protegido.

CONTRAINDICACIONES GENERALES DE ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En relación a las principales contraindicaciones de uso de anticoncepción en adolescentes, prácticamente no hay contraindicaciones absolutas, considerando que esta población es habitualmente sana. En general las contraindicaciones según patologías son las descritas en los criterios de elegibilidad de la OMS (19). La principal recomendación es que cada caso debe ser evaluado en forma individual, debiendo en ocasiones derivar a nivel secundario para la elección e indicación del método más adecuado y acorde con las necesidades de cada usuaria en particular. Mención aparte tiene la indicación en las siguientes situaciones:

Inyectables tipo DMPA de 3 meses de duración: este tipo de anticoncepción se reserva sólo para casos excepcionales, principalmente relacionados con contraindicación absoluta al uso de estrógenos. Consideramos que no es un método de uso habitual en adolescentes debido a efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto sobre la mineralización ósea (14), aún cuando han habido reportes de recuperación de la densidad ósea a los 2 años de suspendido su uso.

Inyectables mensuales con alta dosis de estrógenos: como se ha mencionado, preparados con 120 mg alfasona acetofénido/10 mg estradiol enantato no se deben indicar ni en adolescentes ni en mujeres adultas. Dentro de las reacciones adversas se reportan irregularidades menstruales severas.

“D.I.U. en nuligesta”: anteriormente era contraindicación absoluta el uso de DIU en nuligestas, pero la experiencia nos ha llevado a indicarlo en casos también de excepción, en que por un lado hay contraindicación al uso de estrógenos y por otra parte el uso de progestágenos orales puros más las características propias de la adolescente a la que estamos tratando, hacen que el riesgo de falla del método sea muy alto. Cuando hemos debido optar por este tipo de anticoncepción, hemos preferido la utilización del DIU medicado con levonorgestrel de 20 ug/día, pues tiene un mejor control de flujo menstrual y menor riesgo de procesos inflamatorios pelvianos. En la actualidad está en fase III un proyecto de investigación internacional y multicéntrico en que se está evaluando la efectividad de DIU medicado con levonorgestrel en menor dosis que el existente, cuya particularidad es que por su menor tamaño sería mejor tolerado en nuligestas.

Anticoncepción hormonal con antecedente de menarquia tardía sin estudio adecuado: podemos estar en presencia de un retraso puberal no diagnosticado y al inducir regla con anticoncepción hormonal sin haber realizado un estudio previo en estas pacientes, podríamos enmascarar el cuadro clínico de base.

Anticoncepción hormonal con signos de hiperandrogenismo sin diagnóstico previo: en pacientes con signos clínicos evidentes de hiperandrogenismo, las dos principales causas son el Síndrome de

Ovario Poliúístico (SOP) o Hiperandrogenismo Ovárico Funcional y la Hiperplasia Suprarrenal Congénita tardía. En estas pacientes dentro del estudio está indicado medir testosterona total y SHBG para obtener el índice de andrógenos libres, debiendo solicitar además 17 OHP (17 hidroxiprogesterona) y DHEA-S (dehidroepiandrosterona sulfato) en fase folicular precoz para descartar o confirmar origen suprarrenal. En pacientes con hiperandrogenismo muy severo, de rápida presentación y progresión, asociado a signos de virilización se debe descartar un posible origen tumoral.

En general, frente a una adolescente que ya ha iniciado actividad sexual no protegida o con alto riesgo de iniciar su vida sexual, que clínicamente no tiene signos de virilización y que nos impresiona como un SOP, preferimos iniciar anticoncepción aún cuando no contemos con el estudio hormonal. Tuvimos un caso de una adolescente que por esperar realizar el estudio regresó a control con los exámenes solicitados y con una gestación de 10 semanas. Personalmente mi conducta en estos casos ha sido indicar la toma de los exámenes hormonales desde el 3° al 5° día del ciclo, e iniciar anticoncepción con ACO de 30 ug de etinil estradiol/150 ug de levonorgestrel no más allá del 5° día, con cambio a anticoncepción hormonal combinada con progestágenos de mayor efecto antiandrogénico, en el 1° día del flujo rojo del ciclo siguiente. Si la paciente no puede realizar los exámenes por factor económico, por demora en la obtención de horas en el nivel secundario del sistema público, o por otras razones a considerar, mi recomendación es iniciar la anticoncepción y diferir el estudio.

PROBLEMAS ÉTICOS Y LEGALES EN ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Los/las profesionales que trabajamos con adolescentes nos hemos visto enfrentados en más de una oportunidad con aspectos éticos y legales involucrados en la atención. Un ejemplo patente y actual es la adolescente menor de 14 años que ha iniciado actividad sexual voluntaria y consulta espontáneamente para iniciar anticoncepción. El cambio en la ley de delitos sexuales aumentó la edad de consentimiento de 12 a 14 años para la actividad sexual (20), es decir una menor de 14 años con actividad sexual estaría siendo sujeto de abuso sexual, específicamente de una violación, aún cuando su pareja también sea un menor de edad. En la práctica, una ley que debería proteger a las adolescentes está ejerciendo el efecto contrario, sobre todo en el sector público, toda vez que para no tener que denunciarlas a las autoridades se les niega el acceso a la atención en SSR (21). Como profesionales debemos tener presente los principios del derecho del paciente a la confidencialidad y a recibir una atención digna y de calidad.

Otro aspecto que se plantea es que los padres deben estar en conocimiento de la entrega de anticoncepción, lo anterior suscitado principalmente a raíz de la polémica y debate desencadenado en torno a la anticoncepción de emergencia en nuestro país. Esto es en condiciones

ideales, pero en nuestra experiencia la gran mayoría de las adolescentes consultantes no han abierto el tema del inicio de la actividad sexual ni la concurrencia a solicitar un anticonceptivo con los padres. Con el tiempo necesario y el apoyo del equipo de profesionales, son ellas mismas quienes deciden el momento de poner en conocimiento a sus progenitores, sin que nosotros hayamos ejercido presión para ello. Debemos considerar que uno de los factores de riesgo del inicio de actividad sexual no protegida además del menor nivel socioeconómico, es la familia disfuncional.

Respecto a la confidencialidad en la atención, la recientemente promulgada ley 20.418, en su artículo 1° 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 3° 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" (22).

De esta manera, la evidencia revela que el proveer de anticonceptivos al/la adolescente que libremente lo solicita, no es sinónimo de condonar o condenar su vida sexual activa (1), 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.

CONCLUSIONES

La anticoncepción en la adolescencia debe estar inserta en la atención amigable de los/las adolescentes principalmente en el nivel primario de atención, con centros o unidades de atención en salud para adolescentes, debidamente estructurados, que entreguen atención de calidad, con consejería y prescripción de anticonceptivos en forma fácil y expedita, manteniendo el principio de la confidencialidad como un derecho. La anticoncepción en adolescentes constituye uno de los pilares fundamentales para prevenir las consecuencias de la actividad sexual sin protección, como el embarazo y las ITS, incluyendo la infección por VIH/SIDA, sin embargo, es menester tener presente en forma conjunta una adecuada educación en sexualidad, que debiera incluir no sólo a los/las adolescentes o al sector salud/educación, sino que debe contribuir a empoderar a la sociedad en general, como un tema país.

En la elección de un anticonceptivo debemos considerar no sólo la aceptabilidad y seguridad del método, sino también las características propias de los/las adolescentes para lograr mejores tasas de continuidad. De aquí surge la necesidad de contar con profesionales realmente motivados y capacitados en salud adolescente, que incluya no sólo aspectos técnicos relacionados con SSR, sino que estén inmersos en la problemática global de la adolescencia, incluyendo aspectos tan importantes como salud mental, calidad de vida y abogacía respecto a los derechos de los/las adolescentes, quienes en definitiva son y deben ser reconocidos como parte importante de esta sociedad plural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Leyton C. "Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario". Rev Méd Chile 2007; 135: 1261-1269.
3. Dides C., Benavente C., Morán J. "Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008". FLACSO - Chile. Programa Género y Equidad. www.flacso.cl
4. "Quinta Encuesta Nacional de Juventud", Chile 2006. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Gobierno de Chile. www.injuv.cl
5. "Encuesta Mundial de Salud Escolar", Chile 2004. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile, pp: 1 - 30.
6. Montero A., González E., Molina T. "Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes en Chile". Rev Chil Salud Pública 2008; 12 (1): 42 - 47.
7. "Sexta Encuesta Nacional de Juventud", Chile 2009. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Gobierno de Chile. www.injuv.cl
8. Leyton C., Bardi L., González E., Molina T., Oneto C. "Uso del preservativo en adolescentes nuligestas con uso de anticonceptivos hormonales". Rev SOGIA 2006; 13 (1): 16 - 24.
9. González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Molina R. "Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas". Rev Méd Chile 2009; 137: 1187-1192.
10. Luengo X. "Características de la adolescencia normal". En Texto: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA. Molina R., Sandoval J., González E (eds). 2003:16 - 23.
11. González E., Luengo X., Sandoval J., Molina T., Caba F. "Estudio comparativo de factores familiares y personales en adolescentes consultantes por embarazo y anticoncepción". Rev SOGIA 1998; 5 (2): 42 - 48.
12. González E., Molina T., Molina R., Caba F., Meneses R. "Factors that are associated to the contraceptive method abandonment in Chilean adolescent users". Contribución al IX European Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology". Florencia, Italia, 2 - 5 diciembre 2002.
13. Lehrer J., Pantell R., Tebb K., Shafer M. "Forgone Health Care among US Adolescents: Associations between risk characteristics and Confidentiality concern". Journal of Adolescent Health 2007; 40: 218 - 226.
14. 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.
15. Greydanus D., Rimsza M., Matytsina L. "Contraception for college

students". *Pediatr Clin N Am* 2005 (52): 135 - 161.

16. Croxatto H., Ortiz M.E. "Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel". En *Texto: SELECCIÓN DE TEMAS EN GINECOOBSTETRICIA, TOMO II, 1º EDICIÓN*. Eghon Guzmán (ed). Ediciones Publimpacto, 2007, Santiago de Chile. 829 - 844.

17. Molina R., Sandoval J., Montero A., Oyarzún P., Molina T., González E. "Comparative Performance of a Combined Injectable Contraceptive (50 mg Norethisterone Enanthate plus 5 mg Estradiol Valerate) and a Combined Oral Contraceptive (0,15 mg Levonorgestrel plus 0,03 mg Ethinyl Estradiol) in Adolescents". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2009; 22: 25 - 31.

18. Quint E., Smith Y. "Abnormal uterine bleeding in adolescents". *Journal Midwifery Womens Health* 2003; 48: 186 – 191.

19. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS. Organización Mundial de la Salud, 3º ed; 2005.

20. Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile. "Ley nº 19.927: Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento penal y el Código Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil". Fecha de publicación: 14/01/2004.

21. Montero A., González E., Molina T., Molina R., Sandoval J., Leal I., et al. "Principales características biopsicosociales de las adolescentes menores de 14 años consultantes por anticoncepción en un servicio de atención de adolescentes". Libro de Resúmenes Contribuciones Científicas del XXXI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología 2007: 160.

22. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile. "Ley nº 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad". Fecha de publicación: 28/01/2010.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.