



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

JUAN FERNANDO BOJANINI B.*

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista bioético, proveer de anticonceptivos al adolescente en riesgo de embarazo que libremente lo solicita; no es sinónimo de condonar o condenar su vida sexual activa.

Se debe respetar el principio de la confidencialidad. Los adolescentes deben sentirse confiados de que su información no será divulgada ni incluso a sus padres sin su consentimiento.

Es importante preservar el derecho y la obligación al secreto profesional por parte del médico que realiza la atención. A pesar de la insistencia en la abstinencia sexual, los jóvenes tienen relaciones sexuales a edad cada vez más temprana. Para la gran mayoría de las personas, las relaciones sexuales empiezan durante la época de la adolescencia,

* Médico cirujano UPB. Gineco obstetra CES. Fellow en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia de la Federación Internacional de Ginecología Infanto-juvenil. Director de Territorio Adolescente Las Américas. Docente de Ginecología de la Adolescencia de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín. Presidente de la Asociación Colombiana de Adolescencia. Presidente de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la infancia y la adolescencia – ALOGIA -. jbojani@une.net.co



y con frecuencia son no planeadas, esporádicas y, algunas veces como resultado de presión o fuerza. Ocurren antes de que hayan logrado experiencia, hábitos de auto protección, información suficiente acerca de las infecciones de transmisión sexual y de que tengan acceso a los servicios de salud. La primera relación antes de los 15 años es hoy frecuente, así sea bajo la forma de sucedáneos como el coito anal o el sexo oral. La experimentación es una parte normal del desarrollo de los adolescentes pero que en ocasiones los expone a conductas de riesgo para su salud. Las relaciones sexuales no protegidas aumentan el riesgo de gestación a destiempo, de aborto en condiciones inseguras y de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.

La tercera parte de las gestaciones en adolescentes se produce debido a la suspensión del método anticonceptivo que estaba llevando, bien sea por haber dejado en forma temporal de ser sexualmente activa o por recomendación médica para permitir que el organismo se “desintoxique”. No existen bases para asumir que todos los embarazos en adolescentes son no deseados, no intencionados o a destiempo; los estudios que han tratado de mostrar qué motiva a las adolescentes, informan que hay ambivalencia entre posponer la actividad sexual o un embarazo y el deseo claro de quedar embarazada. Es común encontrar menores para las que el embarazo significa la salida de un hogar descompuesto, en el que reciben maltrato y rechazo constantes.

RIESGOS

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a un embarazo no planeado o a adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, por las prácticas de riesgo que manejan en sus relaciones. Las adolescentes son más propensas a demorar la decisión de abortar, recurren a personas no calificadas para hacerlo, usan métodos peligro-



sos y consultan tarde en caso de complicarse. También son más susceptibles de presentar complicaciones.

La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción, comparada con la que tiene una mujer mayor de 20 años, es 2 veces mayor entre los 15 y los 19 años y 6 veces mayor en menores de 15 años. El 15% de las muertes maternas en Colombia se produce en el grupo de 14 a 19 años.

BARRERAS QUE LIMITAN EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Un aspecto interesante que se ha encontrado en algunas investigaciones es que las adolescentes, a pesar de conocer sobre anticoncepción, no la utilizan por temor a ser criticadas por sus compañeros, a no ser que sean ellos quienes sugieran la utilización de algún método de anticoncepción. Existe también en muchas sociedades una fuerte influencia de los criterios de género, que en ocasiones propician el desarrollo de tendencias discriminatorias y machistas que se manifiestan por la pobre motivación y uso de los métodos anticonceptivos por parte de adolescentes y jóvenes del sexo masculino. Éstos consideran a tales métodos como un problema de la mujer, a la vez que refieren sentirse con el derecho de exigir a su pareja una relación sexual no protegida.

Los adolescentes son malos usuarios de métodos anticonceptivos, si se comparan con la población joven o adulta y las adolescentes que se embarazan han sido peores usuarias de anticonceptivos que sus pares sexualmente activas no embarazadas. El principal obstáculo para que los adolescentes accedan a los servicios de anticoncepción son los mismos servicios de salud: el local y las horas de atención no son adecuadas para ellos. La mayoría de estos servicios no están diseñados para atraer a los jóvenes ni tampoco adaptados a sus caracte-



ticas y necesidades; incluso en muchos casos los que brindan estos servicios rechazan y maltratan a los adolescentes cuando acuden solicitando ayuda, asumiendo mas bien una postura de juez o inquisidor y no de consejero y asesor, que es el que le corresponde. Influyen también las siguientes circunstancias: temor a que se les realice una historia clínica completa (incluyendo un examen pélvico, en el caso de las mujeres); creer que se necesitan exámenes de laboratorio; suponer que los métodos son costosos; pensar que necesitan permiso de sus padres para poder utilizarlos y no recibir unas indicaciones de uso suficientemente claras.

El 80% de los adolescentes tienen relaciones sexuales antes de consultar por primera vez a un servicio de planificación familiar y la mayoría lo hacen luego de 15 a 16 meses de vida sexual activa.

Tienen un riesgo mayor de anticoncepción inefectiva, ya que, en la mayoría de los casos, no piensan que sus actos puedan tener consecuencias y por tanto no planean cómo evitarlas, y como si eso fuera poco, piensan que son invulnerables a los riesgos.

INDICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

En la revisión del 2005 de los Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos publicados por la OMS, encontramos lo siguiente:

- En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de elecciones anticonceptivas
- Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes, estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo.



- Muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes.
- Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos para los adolescentes.
- Están expuestos a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH.
- El uso de métodos que no requieren un régimen diario puede ser más apropiado.
- Son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación.
- La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos.
- La educación y el asesoramiento apropiados, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a los adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias.
- Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y del método limiten las opciones disponibles.

No hay un método ideal para la adolescencia, como tampoco razones médicas para negar su uso únicamente por la edad. El mejor método será el escogido por la adolescente o la pareja después de la consulta médica, la cual debe incluir un exhaustivo interrogatorio, un examen físico general y de la esfera reproductiva e información sobre los métodos disponibles. También se tienen en cuenta aspectos no médicos, al evaluar la selección del anticonceptivo, pues estos previenen no sólo el embarazo sino el contagio de una infección de transmisión sexual.

Muchos jóvenes tienen comportamientos de alto riesgo, como tener varios compañeros sexuales. Con frecuencia no poseen la información correcta o completa respecto de los métodos anticonceptivos y por tanto dependerán de las opiniones de sus pares, frecuentemente originados en errores y mitos. Igualmente es posible que no utilicen de



forma sistemática y correcta el método escogido, así como tienden a tener relaciones sexuales no planificadas y esporádicas en las cuales lo más probable es que no se protejan. Muchos no conocen sobre la anticoncepción de emergencia o no tienen acceso a ella. Este tipo de método debe ser conocido por todos los jóvenes, ya que tiene gran eficacia cuando se utiliza correctamente, después de producirse una relación sexual no protegida. Dada la alta incidencia de las ITS, principalmente en los adolescentes y los jóvenes, estos deben recibir consejería respecto a los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas enfermedades.

¿Será que existen anticonceptivos especiales para el uso de adolescentes o que éstos requieren de condiciones especiales en cuanto a los métodos anticonceptivos? El enfoque debe ser diferente al que se hace con los adultos; los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son psicosociales y relacionados con las fases de desarrollo del adolescente. La información disponible en adolescentes muestra altas tasas de fracaso, bajas tasas de continuidad y mal cumplimiento en comparación con adultos. Requieren por tanto de consejería especial, la cual puede dividirse en tres grupos: 1. Con relaciones sexuales y sin embarazos previos, 2. Con antecedentes de abortos y 3. Madres adolescentes.

Grupo 1. Adolescentes con relaciones sexuales y sin embarazos previos

Es tal vez el grupo más complejo, ya que es una población casi siempre menor de edad que no desea que sus padres se enteren de que tienen relaciones sexuales y no suelen ser conscientes de los riesgos que implica la falta de protección. Debería involucrarse en el proceso a la pareja para lograr un cambio de actitud y tratar de garantizar una mayor adherencia al método. Cuando las relaciones sexuales son esporádicas, el método más recomendado es uno de barrera. Sin embargo, muchas veces se utilizan de manera inadecuada, por lo



que tienen baja eficacia. Por ello, los anticonceptivos orales combinados y los inyectables combinados mensuales son la 2ª prioridad, por la eficacia y los beneficios no anticonceptivos que estos métodos tienen, y en lo posible asociados a un método de barrera para doble protección y para disminuir el riesgo de ITS. Las progestinas puras –o sea no combinados con estrógenos- son una buena opción, sobre todo en aquellas adolescentes que tengan una contraindicación para utilizar un método que contenga estrógenos. En general, todos los grupos deben ser informados sobre la anticoncepción de emergencia

Grupo 2. Adolescentes con antecedentes de abortos

Es un grupo con alto riesgo de una nueva gestación y la elección es similar a la mujer adulta. A las opciones del Grupo 1 se le añade la posibilidad de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) con iguales criterios del Grupo 3 y en estos casos el seguimiento y control debe ser más frecuente y estricto, por el riesgo de infecciones asociadas al posible mayor número de compañeros, que pudiera llevar a una obstrucción tubárica y a una infertilidad posterior.

Grupo 3. Madres adolescentes

Se aplican los mismos los criterios de elegibilidad que en las adultas. En las adolescentes en post parto se insiste en las ventajas de la lactancia natural (MELA- método basado en la lactancia natural). En las que prefieran métodos a mediano o largo plazo, las inyectables son una buena opción y también el DIU, en pacientes bien seleccionadas. En las que quieren anticonceptivos orales, son de elección los que sólo contienen progestinas solas. Las que no desean ningún método anticonceptivo tienen una alta posibilidad de embarazo repetido; por eso nunca debe cerrarse el caso y hay que mantener un criterio permisivo e invitar a la adolescente a consultar cuando crea necesario.



Métodos no recomendados a los Grupos 1 y 2

1. El consenso en anticoncepción, sugiere que el DIU, aunque puede utilizarse en el Grupo 1, sólo debe usarse en mujeres nulíparas, en quienes el riesgo de una enfermedad pélvica inflamatoria sea muy bajo, es decir en aquellas con un compañero estable.
2. La anticoncepción hormonal en pacientes con posibles trastornos hormonales no estudiados, como son: antecedente de menarca tardía o si hay signos de androgenización.
3. Las contraindicaciones generales descritas en todas las edades.

Los inyectables tipo acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) de 3 meses de duración, producen efectos secundarios importantes en este grupo de adolescentes.

ABSTINENCIA

Sin lugar a dudas es la mejor forma de evitar morbilidad. No produce efectos nocivos. Puede incluir otras formas de expresión sexual, por ejemplo abrazarse, tomarse de las manos, darse masajes, frotarse el cuerpo, besarse y masturbarse mutuamente. Muchos cambian esta opción y es necesario considerar cómo prevenir las consecuencias de este comportamiento. Debe ser tomada en cuenta como una opción tanto si no se han comenzado las relaciones sexuales como si ya lo han hecho. Su recomendación incluye tratar de ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos pares.

Requiere mucha motivación y autocontrol y son esenciales la comunicación y la cooperación de la pareja. El apoyo social que favorezca el posponer la actividad sexual puede ayudar a practicar la abstinencia. Esto requiere un gran compromiso por parte de los adolescentes, pero es violado con frecuencia, por lo que es necesario educarlos en el conocimiento de otras opciones anticonceptivas y en el modo de acceder a ellas.



MÉTODOS NATURALES

Las adolescentes no son las personas idóneas para utilizarlos por los frecuentes trastornos del ciclo ovárico -anovulación, fase lútea corta- que traen como consecuencia trastornos menstruales y otras alteraciones que comprometen su eficacia, ya baja de por sí. No obstante, es posible que en algunas parejas sean la única opción disponible, en cuyo caso deben estar muy motivadas para poder controlarse bien, algo difícil de lograr en la adolescencia. El coito interrumpido o retiro y las duchas vaginales postcoito tampoco son recomendables, pues tienen muy poca eficacia y aceptación por los jóvenes.

MÉTODOS DE BARRERA

Desde el punto de vista ideal, son los más indicados pues son accesibles, baratos, seguros y sólo en muy raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables -alergia al látex-. Otras ventajas son su eficacia inmediata, el control por el propio usuario, su uso se inicia y se suspende fácilmente y son adecuados para relaciones casuales y esporádicas, lo cual se adapta a las características de los adolescentes.

Incluyen los condones masculinos y los femeninos. Estos pueden usarse solos o combinados con otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera como las píldoras -doble protección-. La eficacia anticonceptiva de los métodos de barrera es alta cuando se utilizan sistemática y correctamente. En estos casos, las tasas de embarazo oscilan entre 3% para el condón masculino y 7% para los espermicidas por cada acto sexual. El uso normal en la vida diaria, que no siempre es sistemático y correcto, se denomina uso "típico" y se asocia a tasas de embarazo que oscilan entre un 12% para los condones masculinos y 21% para los espermicidas, pero pueden ser considerablemente superiores en algunos entornos específicos.

Muchos adolescentes corren un alto riesgo de contraer una ITS y el condón es el único método eficaz para la prevención de estas enfer-



medades, incluida la infección por VIH. El acceso a estos métodos - especialmente condón masculino- es mucho más fácil: los condones pueden obtenerse sin necesidad de receta médica y su costo es accesible; no obstante, es posible que algunos jóvenes tengan vergüenza de solicitarlos, por lo cual en lo posible hay que facilitarles el acceso cuando sea necesario.

La consejería adecuada es esencial para lograr que el uso de los métodos de barrera por los adolescentes sea efectivo; la mayoría, especialmente los condones, requieren de la participación del compañero y de aptitudes de negociación. La consejería debe hacer énfasis en la necesidad de una alta motivación por parte de los jóvenes, confianza en sí mismos y autocontrol para poder utilizar eficazmente estos métodos.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

Existen dos tipos: los anticonceptivos orales combinados, que contienen estrógeno y progestina y las píldoras de solo progestina o PSP. Los anticonceptivos orales combinados constituyen el mejor tipo de píldora para las adolescentes y jóvenes, salvo las que estén amamantando, ya que el estrógeno puede afectar la lactancia. Los anticonceptivos orales son muy seguros para las jóvenes. No tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se han notificado complicaciones relacionadas con la edad ni efectos colaterales. Son muy eficaces para prevenir el embarazo cuando se usan sistemática y correctamente. Los anticonceptivos orales combinados registran una tasa de embarazo inferior al 1%, pero cuando se usan típicamente, la tasa es de aproximadamente 8%. También tienen beneficios no anticonceptivos, como son reducción del acné y de la dismenorrea, regulación de los ciclos menstruales y protección contra el embarazo ectópico, la enfermedad benigna de mama, el cáncer ovárico, el cáncer endometrial y algunas formas de la enfermedad pélvica inflamatoria. Tan pronto como la mujer deja de tomarse la píldora, la fertilidad regresa rápidamente, lo cual podría ser importan-



te para las jóvenes que por diferentes motivos desearan quedar embarazadas. Con la píldora, las adolescentes tienen más control sobre su fertilidad, puesto que su uso no depende del acto sexual y puede usarse sin que el compañero lo sepa o sin su cooperación. Sin embargo, es posible que a las adolescentes les preocupe que sus padres y otros familiares descubran los paquetes de píldoras, en el caso de que las estén usando sin conocimiento de los padres o sin su apoyo.

Este tipo de anticonceptivos no protege contra las ITS. La consejería acerca del uso correcto de la píldora es particularmente importante para las adolescentes. El efecto anticonceptivo desaparece tan pronto como deja de tomarse. Su uso es diario y si una joven no tiene relaciones sexuales regularmente, es posible que olvide tomarlas. Es frecuente que la suspenda después de romper relaciones con el novio. Si las reanuda o inicia unas nuevas sin protección, puede correr el riesgo de quedar embarazada. Debe alentarse a las adolescentes a asociar la toma de las píldoras con una rutina diaria, por ejemplo, cepillarse los dientes, para lograr el uso correcto. Resulta también muy importante hablarles acerca del uso del condón para protegerse contra las ITS, pues a estas edades es alto el riesgo de contraerlas.

La consejería puede ayudar a las jóvenes a prepararse para los efectos colaterales que tal vez ocurran, como náuseas, aumento de peso o sangrado intermenstrual. Si saben qué esperar, posiblemente se reduzca la probabilidad de que abandonen el método en caso de que se presenten efectos colaterales.

INYECTABLES E IMPLANTES.

Existen en nuestro medio dos tipos principales de inyectables, uno de uso trimestral: la Depoprovera®, DMPA, -acetato de medroxiprogesterona de depósito-, que sólo tiene progestina y los de uso mensual, que incluyen a los inyectables combinados de estrógeno y progestina, como son Mesigyna®, Cyclofem® y Perlutal®.



Juan Fernando Bojanini B.

El implante más común, Jadelle[®], consiste en dos cápsulas delgadas y flexibles en forma de tubo que contienen la progestina, levonorgestrel. Se inserta bajo la piel del brazo no dominante; es un procedimiento quirúrgico sencillo y su acción dura hasta cinco años.

Los inyectables y los implantes son muy eficaces pues las tasas de embarazo son inferiores al 1% después de un año de uso. Al igual que los anticonceptivos orales, tienen beneficios a largo plazo que no se relacionan con la anticoncepción. Los inyectables y los implantes no hay que usarlos todos los días y no se necesita tener suministros en la casa. Por esta razón son más fáciles de usar que las píldoras. Su uso no depende del acto sexual y se pueden usar sin que el compañero lo sepa.

Respecto a los implantes, el asistir a la clínica para la inserción o el costo inicial elevado pueden ser una barrera para muchas jóvenes. Así como la píldora, los inyectables y los implantes no protegen contra las ITS.

Existe una inquietud, respecto al uso de los implantes e inyectables sólo de progestina por parte de las adolescentes menores de 16 años. El uso de estos métodos reduce la concentración de estrógeno en la mujer, lo cual puede afectar al desarrollo de la masa ósea. Es importante tener en cuenta, que de acuerdo con el consenso publicado por la OMS en Julio de 2005, si bien es probable que al usar estos compuestos se disminuya la densidad mineral ósea en una adolescente, éste es un efecto temporal que se recuperará al suspender el producto.

Dada las características antes descritas de estos métodos, resulta importante la consejería a las adolescentes en relación a los trastornos del sangrado y el regreso de la fertilidad. A menudo las usuarias de inyectables sólo de progestina y de implantes tienen sangrado irregular, manchado o amenorrea, lo cual puede causar preocupación a las jóvenes, razón por la cual necesitan saber que esto puede ocurrir y que no significa que algo malo está sucediendo. Las irregularidades del sangrado son menores con los inyectables mensuales que contienen estrógeno y progestina. A diferencia de la píldora, los inyectables



sólo de progestina suelen retrasar el regreso de la fertilidad. Aproximadamente el 50 por ciento de las mujeres conciben dentro de un período de 10 meses después de la última inyección y más del 90 por ciento vuelven a ser fértiles a los 24 meses. Con los implantes, la fertilidad regresa inmediatamente después de la extracción. En las adolescentes y jóvenes, por el alto riesgo de contraer ITS, también debe recomendarse usar condones.

PARCHES

Tiene como progestina la Norelgestromina. Son muy eficaces contra el embarazo. Tienen liberación constante del compuesto. Al igual que los anticonceptivos orales combinados tienen beneficios no asociados a la anticoncepción. Una de sus ventajas es que no requieren de uso diario. Otra es que su uso es independiente del acto sexual.

Los efectos secundarios son similares a anticonceptivos orales combinados. No se deben usar en pacientes de más de 80Kg. No protegen contra las ITS.

El cuestionamiento frente a su uso es con respecto a la discreción, toda vez que, dependiendo del sitio de aplicación, se podría ver el parche.

ANILLO VAGINAL

Utilizan una concentración de 120 mg Etonogestrel/15 mg EE. Son tres semanas de uso por una de descanso. La liberación del compuesto es constante. El hecho de permitir auto inserción y remoción, lograría una mejor adherencia.

Se debe usar refuerzo si se retira más de 3 horas. Tiene efectos secundarios similares a anticonceptivos orales combinados. Tampoco protegen contra las ITS



DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son muy eficaces en la prevención del embarazo. El DIU de cobre, que se usa de forma generalizada, registra una tasa de embarazo inferior al 1% y su eficacia dura hasta 10 años. El uso del DIU es independiente del acto sexual y la fertilidad regresa rápidamente después de la extracción. El dispositivo debe ser insertado y extraído en una institución médica por personal capacitado, y se precisa realizar un examen físico completo incluido un examen pélvico. Esto puede constituir una barrera para algunas adolescentes y jóvenes. Los DIU no ofrecen ninguna protección contra las ITS, incluida la infección por el VIH, más bien se describe una estrecha relación entre este tipo de infección y muy particularmente la enfermedad inflamatoria pélvica y aquellas usuarias de estos métodos.

Según la Organización Mundial de la Salud, los DIU para las adolescentes y jóvenes, son categoría 2 (tienen más ventaja que riesgos) de acuerdo con los criterios de elegibilidad para uso de anticoncepción, pues dadas sus conductas sexuales habituales, estas corren un mayor riesgo de contraer ITS o infección por el VIH, no obstante constituyen una opción factible en ciertos casos, así como cuando no se disponga de otros métodos o si estos no son aceptables. Nunca se debe insertar un DIU en una mujer que tiene una infección o que ha tenido una ITS en los últimos tres meses. El DIU puede hacer aumentar el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y de infertilidad en las mujeres que padecen una ITS que no ha sido tratada, o si el procedimiento no se realiza en condiciones asépticas. Generalmente, las mujeres menores de 20 años pueden usar el dispositivo, aunque existe la posibilidad de un mayor riesgo de expulsión sobre todo en aquellas que no han tenido hijos. Se reporta también con frecuencia en las usuarias de DIU durante la adolescencia, incremento del sangrado y duración de las menstruaciones, incremento de los cólicos menstruales, flujo vaginal patológico y mayor riesgo de padecer de infecciones genitales bajas y EPI. Mediante un cuidadoso examen selectivo y asesoramiento, las jóvenes pueden usar los DIU sin peligro cuando tienen relaciones estables y mutuamente monógamas.



ESTERILIZACIÓN

La esterilización no es un método apropiado de anticoncepción para las adolescentes y adultas jóvenes ya que están comenzando su vida reproductiva. Es un método permanente e irreversible por lo cual no se recomienda durante esta etapa de la vida. No obstante constituye una opción en casos muy específicos, como serían algunas enfermedades de transmisión genética, seria discapacidad mental o física, así como otras condiciones excepcionales; la toma de esta decisión siempre deberá ser interdisciplinaria y con el consentimiento del interesado y/o sus progenitores o tutores, previo visto bueno de un juez de familia.

ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección. Pocos adolescentes y jóvenes saben que este tipo de anticoncepción existe, a pesar de que es particularmente importante para ellos. Es posible que los adolescentes y jóvenes tengan relaciones sexuales sin protección por varias razones, por ejemplo no usar un método de barrera en cada acto sexual por descuido, tener relaciones sexuales sin haberlas planificado y sin tener anticonceptivos disponibles, usar un método anticonceptivo incorrectamente, o cuando el condón se rompe o se desliza, así como en los casos de violación.

La anticoncepción de emergencia no ha sido diseñada como método regular de anticoncepción. Después de usarla, se debe empezar a usar o seguir usando un método regular si no se desea el embarazo. Este tipo de anticoncepción se puede usar en cualquier momento del ciclo menstrual y si es necesario, más de una vez durante un ciclo. No protege contra las ITS.

Los tres métodos principales de anticoncepción de emergencia son altas dosis de anticonceptivos orales combinados, los anticonceptivos sólo de progestina y el DIU tipo T de cobre.



- **ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:**

Anticonceptivos orales combinados. Deben tomarse dos dosis de las píldoras: la primera dosis dentro de las primeras 72 horas (incluso hasta 120 horas) después de un acto sexual sin protección y la segunda al cabo de 12 horas. Cada dosis debe contener por lo menos 100 ug de etinil estradiol y 500 mg de levonorgestrel, LNG. Es importante asesorar a las mujeres jóvenes en cuanto a los posibles efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Los principales efectos colaterales son náuseas, que ocurren en aproximadamente la mitad de las mujeres, y vómitos, que ocurren en la quinta parte de las mujeres después de la primera o la segunda dosis.

Píldoras Anticonceptivas de emergencia: Anticonceptivos orales sólo de Progestina.

Otra opción anticonceptiva de emergencia es la administración especial de píldoras sólo de progestina. Su eficacia es un poco mejor que la de los anticonceptivos orales combinados. Deben tomarse dos dosis de píldoras: la primera dentro de las primeras 72 horas (incluso hasta 120 horas) después de un acto sexual sin protección y la segunda 12 horas más tarde. Cada una de las dosis debe contener por lo menos 750 mg de LNG. Se puede tomar las 2 pastillas en una sola toma. Las mujeres que usan anticonceptivos de emergencia solo de progestina registran una incidencia considerablemente menor de náuseas y vómito, comparadas con las usuarias de anticonceptivos orales combinados, aunque hay más probabilidades de que tengan sangrado irregular.

MÉTODO DE PROTECCIÓN DOBLE: Contra el Embarazo y las ITS

Los adolescentes y jóvenes que corren un alto riesgo de contraer ITS deben pensar en prevenir el embarazo y la transmisión de ITS. Se



recomienda el uso de dos métodos, o el uso del «doble método», es decir, uno para prevenir el embarazo y el segundo para prevenir las ITS. A los adolescentes y jóvenes que corren un riesgo de contraer ITS, se les debe recomendar el uso de condones incluso en caso de estar usando otro método anticonceptivo.

ANTICONCEPCIÓN MASCULINA

Teniendo en cuenta que los hombres quieren participar en forma activa en la prevención de los embarazos y que hasta ahora los métodos disponibles son o poco efectivos (Condón) o difíciles de revertir (vasectomía), es necesario desarrollar métodos efectivos y fácilmente reversibles. Hasta ahora, el uso de Andrógenos solos o combinados con progestinas aparecen como los más promisorios. Todavía están en proceso de investigación clínica.

CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Un grupo de trabajo técnico de la OMS examinó la literatura científica y determinó que no había razones médicas para negar ningún método anticonceptivo con base sólo en la edad de la mujer. El grupo estableció directrices internacionales para los criterios de elegibilidad médica y clasificó las condiciones conocidas particulares en las cuatro categorías siguientes de métodos:

1. Puede usarse sin restricciones
2. Puede usarse generalmente
3. Generalmente no se recomienda
4. No debe usarse

Cuando se tiene en cuenta la edad y el número de partos de las jóvenes, todos los anticonceptivos modernos pueden usarse sin res-



tricción o pueden usarse generalmente. La categoría 2 se aplica a los métodos sólo de progestina para las adolescentes menores de 16 años, y al DIU para las menores de 20 años y las nulíparas. No hay casos en los que basándose sólo en la edad generalmente no se recomiende un método o un método entrañe un riesgo inaceptable -categorías 3 y 4-. No hay restricciones médicas basadas en la edad para el uso de la planificación familiar natural o el MELA. La OMS emplea un sistema de clasificación diferente para la esterilización. Como se señaló anteriormente, aunque no hay razones médicas para negarle la esterilización a un adolescente o adulto joven, generalmente ésta no constituye un método apropiado para este sector de la población.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alesna-Llanto, Emma. Corazón M. Raymundo. Contraceptives Issues of youth and adolescents in developing countries: Highlights from the Philippines and other Asian Countries. *Adolesc Med.* 2005; 16: 645-663.

Bojanini, Juan F. Anticoncepción en la Adolescencia. Evidencias actuales. En: Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Anticoncepción en situaciones especiales. Mejor evidencia. Editorial Distribuna. 2006; 261-276.

Chrisman, Camaryn E., et al. Effective use of hormonal contraceptives Part II: combined hormonal injectables, progestogen-only injectables and contraceptive implants. *Contraception.* 2006; 73: 125– 133

Curtisa,T, Kathryn M., et al. Effective use of hormonal contraceptives Part I: Combined oral contraceptive pills. *Contraception.* 2006; 73: 115– 124.



Lara-Torre, Eduardo. Sari L. Kives. What's new in adolescent contraception: What residents and teachers need to Know. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005; 18: 133-135.

McNaught, Jenna. Mary Anne Jamieson. Barrier and Spermicidal Contraceptives in Adolescence. *Adolesc Med.* 2005; 16: 495–515

OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2005

Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud. 2.005.

Webberley, H. et al. Oral contraception -Updated. *Current Obstetric & Gynaecology.* Article in press. 2006.

WHO. WHO statement on hormonal contraception and bone health. 2005. July