



Capítulo 7

Anticoncepción para la adolescente

Clara María Restrepo Moreno

Ginecobstetra, fellow en Ginecología Infanto Juvenil
Docente Asociada al Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Introducción

El embarazo adolescente continúa representando un problema de salud pública tanto en el ámbito mundial como local, debido al incremento de la morbilidad materna y neonatal, y al hecho de ver truncadas las posibilidades de desarrollo de todo el potencial de la adolescente, lo cual no solo es desventajoso para ella y su familia, sino también para el resto de la sociedad.

A pesar de que, desde hace ya varios años, la evidencia científica resalta que los mejores métodos anticonceptivos (MAC) para las adolescentes son los anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) —en tanto su eficacia no depende de un juicioso y periódico uso, y está comprobado que la adherencia de ellas a este método es mayor al 80 % durante el primer año de uso—, la realidad es que dentro de los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) existe desactualización sobre el tema, mitos y desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR), lo que les impide efectuar una asesoría anticonceptiva acorde a las necesidades de la adolescente.

Sexualidad, anticoncepción y fecundidad adolescente

Es claro que, en los últimos 25 años, los DSR de los/las adolescentes en el mundo han mejorado, y por tanto algunos de los indicadores de SSR. Sin embargo, en países de bajo y mediano ingreso, los indicadores están en aumento, tales como la proporción de mujeres menores de 18 años que inician relaciones sexuales (65 % en Colombia; en las menores de 15 años pasó de 9 % en 1995 a 17 % en 2015), adolescentes mujeres víctimas de violencia sexual (en el mundo, 1 de cada 3 adolescentes ha sido víctima de violencia emocional, física y/o sexual) (1), matrimonio precoz (24,7 % en América Latina y el Caribe [ALC]), el uso de MAC (en el mundo en adolescentes es 21-51 %, en ALC 57 % y en Colombia 30 %), tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) (en el mundo corresponde a 42,5/1.000 (2), en ALC es 63/1.000 y en Colombia 74/1.000) (3,4), y el embarazo precoz (en ALC 2 % de las mujeres tuvieron su primer parto siendo menores de 15 años, única región del mundo en la que el embarazo precoz está en aumento) (2,5).

Con respecto al aborto, de los 5,6 millones que ocurren en adolescentes (15-19 años) cada año en el mundo, 3,9

millones son inseguros. En América Latina, 25 % de los abortos en adolescentes son inseguros o menos seguros (6).

Es importante resaltar que la gestación adolescente constituye un grave problema de salud pública, debido al incremento en la morbilidad materna (la mortalidad entre 15-19 años es 260/100.000, se duplica en las menores de 15 años vs. 190/100.000 en las de 20-24 años, y se debe a trastornos hipertensivos graves, endometritis/sepsis puerperal, hemorragias, depresión y suicidio) y neonatal (la mortalidad en estos es 50 % mayor debido a prematuridad, bajo peso al nacer, sepsis, hemorragia intracerebral o insuficiencia respiratoria); además de las consecuencias sociales (para la adolescente: estigmatización, rechazo, violencia, deserción escolar, empleos inadecuados, embarazos sucesivos, trastorno por uso de sustancias; y para el hijo violencias de todo tipo, retraso en el neurodesarrollo, dificultades de aprendizaje, de conducta, abuso de sustancias, depresión, suicidio), que terminan en la imposibilidad para ambos de desarrollarse y progresar (2).

Por lo anterior, es prioritario prevenir la ocurrencia del embarazo temprano y se ha calculado, entre otras estrategias, que cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes (15-19 años) permitiría evitar cada año en el mundo 2,1 millones de nacimientos no planeados, 3,2 millones de abortos inseguros y 5.600 muertes maternas (2).

Con ello se cumplirían los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), suscritos por Colombia y que estipulan, entre otros: “Acceso universal a los servicios de SSR, respalda la libertad de todas las niñas y mujeres a acceder a la educación, conseguir un trabajo decente y contribuir, aún más, a su familia, comunidad y nación” (7).

Métodos anticonceptivos ideales para la adolescente

Es claro que el solo hecho de ser adolescente no se convierte en contraindicación para el uso de ningún MAC, excepto el quirúrgico por estar prohibido en Colombia en menores de 18 años (8).

Sin embargo, desde hace ya más de una década el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Academia Americana de Pediatría, recomiendan los ARLD como la

Anticoncepción para la adolescente

primera línea en adolescentes (9), debido a los resultados obtenidos a partir de estudios como el CHOICE, en el cual se encontró que luego de una asesoría adecuada y provisión gratuita de los MAC, la mayoría de las adolescentes (14-20 años) eligieron un ARLD (61-69 %) (10). Estudios posteriores derivados demostraron una significativa reducción de embarazos no deseados entre las adolescentes usuarias de ARLD comparadas con las usuarias de otro MAC (0,3 vs. 5 %) (11); también se redujo la tasa de aborto entre ellas (12); y se logró demostrar altas tasas de continuación a un año (sistema intrauterino liberador de levonorgestrel [SIULVN] 88 %, dispositivo intrauterino [DIU] T de cobre [Cu] 85 %, implante 82 %) (13), asunto relevante al establecer la eficacia anticonceptiva, puesto que los MAC de corta duración tienen una adherencia menor de 50 % entre las adolescentes (14).

A su vez, las adolescentes inmediatamente después del parto o aborto son igualmente candidatas a ARLD como primera opción, puesto que previene de forma más eficaz gestaciones sucesivas (15).

En conclusión, la anticoncepción ideal para la adolescente debe cumplir con los siguientes requisitos: basarse en un ARLD, que sea gratuito, iniciarlo inmediatamente consulte o en el postparto/postaborto, y resaltar el uso consistente del condón. Y si dada la circunstancia en la cual la adolescente seleccione un método que no sea un ARLD, es indispensable que se la instruya de forma muy clara sobre el uso de anticoncepción de emergencia (levonorgestrel [LVN] 1,5 mg, Acetato de Ulipristal 30 mg o T de cobre), en caso de relaciones coitales no protegidas.

En Colombia se cuenta en la actualidad con una amplia gama de ARLD incluidos en el plan de beneficios en salud (PBS): implantes subdérmicos, DIU T de Cu, SIULVN (este último incluido como anticonceptivo recientemente) (16).

El SIULVN se consigue en tres presentaciones: Mirena con 52 mg/duración de 6 años, Jaydess con 13,5 mg/duración de 3 años y Kyleena con 19,5 mg/duración de 5 años.

Los implantes disponibles son: Jadelle (LVN 150 mg/duración 5 años), Sino Implant (LVN 150 mg/duración 4 años), Implanon (etonogestrel (ETN) 68 mg/duración 3 años).

- **DIU T de Cu:** Tiene una falla de solo 0,8 %. Las sales de cobre producen inflamación endometrial, y daño

espermático, que imposibilita su migración y fecundación, como mecanismo de acción.

La inserción es un procedimiento sencillo en consultorio, el dolor es de leve a moderado, los riesgos como expulsión, síntomas vagales, perforación uterina o la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), son raros.

Los principales efectos adversos posteriores son dismenorrea y sangrado menstrual abundante (55 % más cantidad, 1-2 días más prolongado) sobretodo en los primeros 3-6 meses; responden a antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante 3-5 días cada ciclo menstrual (17-21).

- **SIULVN:** La posibilidad de falla es menor del 0,1%. Su mecanismo de acción, además de la inflamación, es producir decidualización y atrofia endometrial (con lo cual se imposibilita la sobrevivencia espermática y la implantación), espesa el moco cervical y suprime la ovulación solo 30-50 % después del primer año (17,22).

Este dispositivo, además, tiene beneficios no anticonceptivos importantes: mejora la dismenorrea y los sangrados abundantes (90 % menor cantidad de sangrado, 30-45 % logran amenorrea en el primer año de uso, lo cual lo hace muy útil en adolescentes con trastornos hemostáticos, dismenorrea primaria, endometriosis, discapacidad física o mental), disminuye el riesgo de infección pélvica e hiperplasia endometrial.

Entre los principales efectos adversos se presentan, acné e hirsutismo. No es clara su asociación con depresión, cambios de peso, entre otros (22).

- **Implante subdérmico:** Es uno de los MAC más efectivos, su falla es de 0,01 % al 0,2 %. El mecanismo de acción consiste en la supresión variable de la hormona luteinizante (LH) —implante con LVN solo 10 % ovulan en los primeros dos años y en el quinto año más del 50 % lo hacen, con ETN la anovulación se presenta durante los 3 años—, además, ambos producen engrosamiento del moco cervical y eventualmente causan atrofia endometrial. Los principales efectos adversos asociados al implante con LVN son: alteración del patrón menstrual (80 % en el primer año, 33 % en el quinto año), oligomenorrea y amenorrea en menos de 10 % de los casos. Con el ETN la amenorrea

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

ocurre en 21 % durante el primer año y 30-40 % después, y el sangrado es más escaso. Otros efectos frecuentes son: cefalea, acné, hirsutismo, cambios de peso, mastalgia, depresión e hiperpigmentación de la piel sobre el implante. No se ha encontrado disminución de la mineralización ósea entre las adolescentes usuarias.

La principal causa de retiro durante el primer año de uso en adolescentes es la irregularidad menstrual, otras son cefalea y aumento de peso.

Aunque no hay contraindicación absoluta para su uso, es preferible utilizar otros métodos en casos de acné severo, migraña severa o con aura, depresión severa y uso concomitante de medicamentos inductores de enzimas microsomales hepáticas (22).

La asesoría anticonceptiva para la adolescente

La consulta para asesoría anticonceptiva debería estar disponible sin restricciones para las adolescentes, en entornos exclusivos para ellas, con horarios amplios y con tiempos de espera ínfimos.

El profesional que la realice debe ser empático/a, garantizar la confidencialidad siempre que sea posible, utilizar un lenguaje comprensible y apropiado, ayudarse de imágenes y modelos, estar actualizado/a (priorizar los ARLD como primera elección para la adolescente), aclarar mitos y preconceptos, resaltar el uso concomitante del condón, estar entrenado/a en inserción/remoción de ARLD y tener siempre en cuenta los DSR de la adolescente.

No olvidar que la consulta para asesoría anticonceptiva ofrece una oportunidad maravillosa y única para tratar asuntos de relevancia en el cuidado integral de la salud de la adolescente tales como: el proyecto de vida, la autonomía, el autocuidado, la protección para las infecciones de transmisión sexual (ITS) (si ya tuvo inicio coital, sugerirle tamizaje) (9,15).

Barreras para uso de los ARLD en Colombia

En la actualidad, los MAC más utilizados por las adolescentes en el mundo son los anticonceptivos orales combinados (ACOC), 47 % de ellas los usan, seguido por el condón (21 %

(9). En Colombia, las adolescentes utilizan más la inyección mensual (8,5 %) y el condón (7 %) (3).

Una de las principales razones para que aún hoy día los MAC de corta duración sean los métodos más prescritos a las adolescentes (55 %) por los profesionales de la salud, es el desconocimiento acerca de la evidencia científica actual y por consiguiente de lo estipulado, entre otras autoridades académicas, por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología quien recomienda desde 2007 el DIU como el método de primera línea para adolescentes (30) y de la Academia Americana de Pediatría quien promueve los ARLD como de elección en adolescentes desde 2014 (31).

Otro de los motivos por el cual el personal de salud que provee anticoncepción no tiene en cuenta estas claras indicaciones, es la persistencia de mitos tales como la prohibición del uso de DIU en nulíparas y/o adolescentes, debido al riesgo de causar infecciones e infertilidad, entre otros (32).

Por parte de las adolescentes, existe el temor a consultar al servicio de salud por el riesgo de ser delatada su actividad sexual, estigmatizadas y juzgadas. Tienen mitos sobre todo respecto a los ARLD y solo pocas menores de 14 años (25 %) saben que tienen derecho a este tipo de consulta y que los MAC son gratuitos en su entidad promotora de salud (EPS) (3,33).

La anticoncepción como derecho de salud sexual y reproductiva de la adolescente en Colombia

A pesar de que los lineamientos legales en este aspecto no son nuevos en Colombia, aún es frecuente que se le niegue la consulta para asesoría anticonceptiva o el MAC a la adolescente menor de 14 años, y que además se omita la activación de la ruta específica por tratarse de un caso de abuso sexual.

Si la adolescente menor de 14 años consulta para anticoncepción, es obligación del profesional de la salud que la atiende, realizar la asesoría, formular o practicar el procedimiento de inserción en caso de un ARLD, sin más trabas que el consentimiento de la adolescente, porque desde el punto de vista legal, si ella solicita un MAC de forma autónoma, es indicativo de que ha desarrollado en ella un proceso de toma de decisión y autodeterminación después

Anticoncepción para la adolescente

de sopesar las posibles consecuencias de sus actos, en este caso, el sexo no protegido.

Las determinaciones legales que obligan al profesional de la salud a respetar los DSR de la adolescente como en este caso el acceso a un MAC, están estipuladas en diversas leyes, sentencias constitucionales y resoluciones, tales como las siguientes:

1. El estado colombiano establece que “es deber garantizar la salud y los DSR de los/las adolescentes, el acceso a información adecuada y la aplicación de métodos temporales de planificación, sin más restricción que la solicitud libre y el consentimiento informado del o la menor de edad” (23).
2. Es deber del sector salud “garantizar el acceso universal a métodos modernos de planificación familiar a adolescentes y jóvenes, con especial énfasis en la prevención del embarazo en menores de 14 años” (24).
3. “En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente (25,26).

Así mismo, es de suma importancia tener presente, en tanto se configura el delito de abuso sexual, que en estos casos no se puede mantener el secreto profesional, se debe realizar la atención solicitada por la menor y la notificación inmediata a protección para que investigue la situación abusiva (27, 28).

Conclusión

A pesar de que en el mundo el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública debido a la alta morbilidad materna y neonatal, la falta de desarrollo del pleno potencial de la adolescente y el impacto social que esto representa; aún existen barreras para el acceso a métodos anticonceptivos adecuados para ellas, tales como los ARLD, que tienen alta eficacia debido a que la adherencia a estos en el grupo de adolescentes es alta y su correcto funcionamiento no depende de la voluntad de la usuaria.

Estas barreras se encuentran en las adolescentes, pero principalmente en el personal de salud que las atiende, debido a preconcepciones erróneas y falta de actualización, así como al desconocimiento de los DSR que posee la adolescente en este país.

Resulta imperativo que el/la profesional de la salud preste la debida atención a estos aspectos para poder realizar una adecuada asesoría anticonceptiva a la adolescente y contribuir de esta forma a disminuir la problemática del embarazo temprano.

Bibliografía

1. Una Niña, dos caminos. SWOP Report 2016 | Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). Retrieved January 31, 2022, from <https://www.unfpa.org/es/swop-2016>
2. World Health Organization. (2020). Adolescent pregnancy. World Health Organization. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
3. Ojeda, G., López Gómez Claudia, & Leonardo Martínez Gómez. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y salud 2015. Profamilia, Ministerio de la Protección Social.
4. World Health Organization. (2020). The Changing World of adolescent sexual and reproductive health and rights. World Health Organization. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.who.int/news-room/detail/03-02-2020-the-changing-world-of-adolescent-sexual-and-reproductive-health-and-rights>
5. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). ISBN: 978-92-75-31976 Iris.paho.org. (2018). Retrieved January 31, 2022, from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1
6. World Health Organization. (2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. World Health Organization. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe->

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

[abortions-occur-each-year](#)

7. United Nations. (2015). Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible - Desarrollo Sostenible. United Nations. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

8. Lexbase. (n.d.). Ley 1412 de 2010 - Colombia. Ley 1412 de 2010 -Legislacion Colombiana Lexbase. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.lexbase.co/lexdocs/indice/2010/1412de2010>

9. Allen S, Barlow E. Long-Acting Reversible Contraception An Essential Guide for Pediatric Primary Care Providers. *Pediatr Clin N Am* 64 (2017) 359–369

10. Mestad F et al. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception* 84 (2011) 493–498.

11. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366:1998- 2007.

12. Ricketts S, Klingler G, Schwalberg R. Game change in Colorado: widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women. *Perspect Sex Reprod Health* 2014;46(3):125–32.

13. Diedrich JT, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Long-term utilization and continuation of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(6):822.e1-822.e6.

14. Usinger K.M. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29 (2016) 659e667.

15. Francis J, Gold M. Long-Acting Reversible Contraception for adolescents A Review. *JAMA Pediatr*. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0598.

16. Resolución No. 2481 de 2020. Ministerio de salud y protección social, Colombia. Retrieved January 31, 2022, from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/

[Resoluci%C3%B3n%20No.%202481%20de%202020.pdf](#)

17. Gold M, Johnson L M. Intrauterine devices and adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2008, 20:464–469.

18. Curtis K M, Peipert J F. Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med* 2017; 376:461-8. DOI: 10.1056/NEJMc1608736.

19. Cohen R, Sheeder J, Arango N, et al: Twelve-month contraceptive continuation and repeat pregnancy among young mothers choosing postdelivery contraceptive implants or postplacental intrauterine devices. *Contraception* 2016; 93:178.

20. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB: Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception* 2006; 73: 14520.

21. Berenson AB, Tan A, Hirth JM: Complications and continuation rates associated with 2 types of long-acting contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 761.e1

22. Taylor, H. S., Pal, L., Seli, E., & Fritz, M. A. (2020). Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams & Wilkins.

23. Convencion Internacional de los Derechos del Nino Colombia. (n.d.). Retrieved January 31, 2022, from https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_Internacional_de_los_Derechos_del_Nino_Colombia.pdf

24. Definiciones teóricas, Políticas y ... - minsalud.gov.co. (2012) Retrieved January 31, 2022, from <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Compes-147-DefinicionesTeoricas.pdf>

25. Sentencia. REPUBLICA DE COLOMBIA. (2012 Retrieved January 31, 2022, from <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-260-12.htm>

26. SAS, R. (n.d.). Código de la Infancia y la adolescencia - ley 1098 de 2006 - colombia. www.redjurista.com. Retrieved January 31, 2022, from <https://www.redjurista.com/>

Anticoncepción para la adolescente

[Documents/codigo de la infancia y la adolescencia - ley 1098 de 2006.aspx#/](#)

27. Jur, A. (1981) Derecho del Bienestar familiar [ley_0023_1981]. Retrieved January 31, 2022, from https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0023_1981.htm
28. Jur, A. (2007) Derecho del Bienestar familiar [ley_1146_2007]. Retrieved January 31, 2022, from https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1146_2007.htm#:~:text=Derecho%20del%20Bienestar%20Familiar%20%5BLEY_1146_2007%5D&text=Por%20medio%20de%20la%20cual,ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20abusados%20sexualmente
29. Jur, A. (2012). Derecho del Bienestar familiar [resolucion_minsaludps_0459_2012]. Retrieved January 31, 2022, from https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0459_2012.htm
30. American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1493.
31. Committee on Adolescence: Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014; 134:e1244.
32. Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, et al: Obstetrician-gynecologists and contraception: practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and other patient populations. *Contraception* 2014; 89: 572.
33. Murphy M K. A Qualitative Application of Diffusion of Innovations to Adolescents' Perceptions of Long-Acting Reversible Contraception's Attributes. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 30 (2017) 484e490.