

ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENCIA

Autores:

Dra. Margarita Fuster M.P.Nº 14506/8

Esp. en Ginecología M.E.Nº 4947

Exp. En Ginecología Infanto Juvenil M.E.Nº 126

Exp. En Adolescencia M.E.Nº 112

Dra. Ma. Carolina Vera M.P.Nº 23082/3

Esp. en Tocoginecología M.E.Nº 9069

Exp. En Ginecología Infanto Juvenil M.E.Nº 207

Exp. En Adolescencia M.E.Nº 210

1. Concepto y definición

La anticoncepción en la adolescencia, tiene como clave que el Método Anti Conceptivo (MAC) ideal, será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente. La elección del método debe ser libre e individual. Es importante que el profesional de la salud respete la decisión del adolescente, sin criticar ni prejuzgar. Un aspecto importante a trabajar en la consejería con adolescentes es el uso del preservativo asociado a otro método, ya que de esta manera se garantiza la “doble protección”. También es conveniente aprovechar la oportunidad para informar sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), dónde y cómo adquirirla. Los mensajes contradictorios del mundo colocan a las personas adolescentes en una situación de mayor vulnerabilidad.

El sentimiento de invulnerabilidad, propio de esta época de la vida, muchas veces la educación sexual poco accesible, escasa o deficiente, con inicio temprano de las relaciones sexuales, y sobre todo cuando la iniciación no es voluntaria, decidida y autónoma, sino en situaciones de abuso de poder. Los cambios de parejas, con duración breve de cada una (monogamia seriada), cuando en estos vínculos no puede generarse el espacio para el diálogo sobre los encuentros sexuales y las formas de cuidado anticonceptivo. La deficiente utilización de métodos anticonceptivos, propio del momento de iniciación sexual y del proceso de aprendizaje sobre cómo se usa cada método. Por último, en muchos adolescentes se suma, consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

La consulta por anticoncepción es una URGENCIA. La adolescente que solicita un método anticonceptivo siempre debe irse con una RESPUESTA ANTICONCEPTIVA. En caso de que no solicite abiertamente un método, si es posible y el vínculo lo permite, es recomendable sacar el tema y ofrecer información al respecto.

2. Incidencia y Prevalencia

A partir del año 2014, la OMS promueve el uso de métodos a largo plazo reversibles (LARCS) para los adolescentes. Las ventajas de éstos, es que dan seguridad anticonceptiva por períodos largos de tiempo; son rápidamente reversibles, y no dependen de la administración del paciente, ni de olvidos; son administrados y controlados por el médico.

Analizaremos primeramente el uso de los métodos clásicos, conocidos también como métodos a corto plazo y luego los LARCS y sus aplicaciones en la población de pacientes adolescentes.

Métodos a corto plazo

a) Métodos de barrera

Los métodos de barrera son el preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma y barreras bucales.

Los métodos de barrera no poseen ninguna restricción para su uso. El preservativo es, de los métodos de barrera, el único que protege contra el VIH/Sida y otras ITS y evita el embarazo. Es importante en la consejería explicar paso a paso la colocación y no dar por sentado que los adolescentes conocen el uso correcto del preservativo. Es necesario siempre hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta. Entregar preservativos en la consulta e informar al adolescente que se entregan en forma gratuita en los hospitales Provinciales o Centros Municipales donde opera el Programa Nacional de Procreación Responsable. Informar sobre los lugares en donde pueden retirarse o adquirirse los preservativos. En cada consulta es importante reforzar el uso adecuado del preservativo, incentivar su uso. En las siguientes consultas, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo para negociar el uso del preservativo y brindar nuevas herramientas o técnicas para facilitar su uso. El preservativo femenino no es de uso común en nuestro país, más dificultoso para colocar y más difícil de conseguir, por lo que no está difundido como método de elección en adolescentes. Debido al aumento de la sexualidad oral, como forma de inicio de relaciones sexuales en adolescentes, es importante remarcar el uso de las barreras bucales, en los contactos orales. Habitualmente, la adolescente no suele presentar contraindicaciones orgánicas para el uso del diafragma, como podrían ser deficiente tono muscular de la vagina y distopías, pero es un método que requiere de una fuerte motivación para su utilización. Una correcta colocación anterior al coito, y el retiro nunca antes de 8 horas post coito, exige un entrenamiento previo y un alto grado de conocimiento de sus genitales. En la actualidad, su indicación y uso son muy poco frecuentes.

b) Anticonceptivos

La edad no constituye una contraindicación para recibir Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC), en cualquiera de sus presentaciones: orales, inyectables, parches o anillos vaginales.

Los anticonceptivos hormonales utilizados actualmente, prácticamente no interfieren en el crecimiento de la paciente adolescente. La paciente adolescente puede iniciar la toma, después de la menarca, aunque la

indicación preferentemente es a partir del segundo año de edad ginecológica; es decir, dos años luego de la menarca. Si bien los anticonceptivos orales son los más usados, debe brindarse información de todas las posibles vías de administración, como inyectables, parches o anillos, para que las adolescentes puedan elegir el método que se adecue más a sus necesidades y de ésta manera mejorar la adherencia. Los anillos vaginales y los inyectables no son detectados por el resto de las personas, lo que los hace métodos anticonceptivos más discretos. Salvo las pastillas, que requieren que la adolescente se acuerde diariamente de la toma, las otras vías de administración como los anillos vaginales, parches e inyectables, requieren menor motivación por parte de la usuaria.



b.1). Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)

Los ACO constituyen, junto con el preservativo, uno de los métodos más difundidos y utilizados por las adolescentes. Con el tiempo, algunos temores vinculados a los preparados hormonales clásicos, como el aumento de peso, del vello y del acné, han ido cambiando, debido al mecanismo de acción de nuevos gestágenos, que se adecuan a las necesidades de cada usuario en particular. Las nuevas formulaciones, al minimizar la dosis de estrógeno e incorporar nuevos gestágenos, produjeron mejoría marcada del acné, disminuyeron la retención hídrica, etc. Los estrógenos que se usan en anticoncepción son: Etinil Estradiol (EE), Valerato de Estradiol, Enantato de Estradiol y Estradiol. La variedad de gestágenos que se usan en anticoncepción, es amplia, teniendo efectos de acuerdo al radical del que derivan y pudiendo ser utilizados de acuerdo a la necesidad de cada paciente, independientemente del efecto anticonceptivo deseado:

- Efecto Antimineralocorticoide: Drospirenona.
- Efecto Glucocorticoideo parcial: Medroxiprogesterona, Megestrol
- Efecto estrogénico parcial: Noretinondrona.
- Efecto Antiestrógeno parcial: Levonorgestrel
- Efecto Antiandrógeno: Ciproterona, Clormadinona, Dienogest.
- Efectos Androgénicos parciales: Levonorgestrel, Desogestrel, Gestodeno



Es importante a la hora de recomendar un ACO, utilizar fórmulas que contengan no menos de 30 μg de etinilestradiol (EE), dada la necesidad de un nivel adecuado de estrógeno que permita alcanzar el pico de masa ósea que se completa al terminar la segunda década de la vida. El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales es:

- Inhibición de la ovulación por ejercer retrocontrol negativo sobre la hipófisis disminuyendo la secreción de gonadotropinas.
- Modificación del moco cervical, haciéndolo hostil para el ascenso espermático.

b.2). Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno.

El uso de anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno (sean orales, inyectables o implantes) está reservado para aquellos casos en que estuviera contraindicado el uso de estrógenos, durante la lactancia y ante la imposibilidad o falta de deseo de utilizar otros métodos anticonceptivos.

c). Métodos químicos

Son sustancias surfactantes, como el nonoxinol 9 o cloruro de benzalconio, que vienen en varias presentaciones: tabletas vaginales, esponjas, cremas vaginales, óvulos o espuma vaginal. Se utilizan como coadyuvante de otro método, por ejemplo preservativo. Si la adolescente decide utilizarlos, es importante conversar sobre el muy bajo grado de eficacia si se usan como único método y la conveniencia de ser usado conjuntamente con un método de barrera. También hay que reforzar el valor del uso correcto del método. El uso repetido y a altas dosis de nonoxynol-9 se ha asociado a un aumento de riesgo

de lesiones genitales, lo que puede aumentar el riesgo de infección de VIH/SIDA.

d). Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF) de la mujer.

Dentro de estos están los métodos Sintotérmico, el método del moco cervical, abstinencia periódica y coito interruptus. Estos métodos necesitan gran motivación y compromiso de la pareja; además, los ciclos menstruales irregulares frecuentes en las adolescentes son un obstáculo para usar en esta etapa. No es un método recomendable por su baja eficacia. No protegen contra VIH/SIDA y otras ITS.

d.1). Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA)

Es apropiado para las adolescentes que están en amenorrea en los primeros seis meses post parto, que amamantan en forma exclusiva, es decir a “demanda”, entre 8 a 10 veces por día. Debido a que la lactancia exclusiva es difícil de mantener, no es un método aconsejable, como único método. Se debería incorporar otro método, para evitar riesgos de un segundo embarazo, por ejemplo un método de Larga Duración.

e). Anticoncepción quirúrgica.

Se trata de la Ligadura Tubarica y la Vasectomía. Según la Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, toda persona mayor de 18 años, capaz, que brinda su consentimiento informado, tiene derecho a acceder a la anticoncepción quirúrgica. Durante la consejería previa, debe brindarse información completa sobre todas las opciones anticonceptivas. Debe tenerse en cuenta que los jóvenes y las personas que tienen pocos o ningún hijo son quienes tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la anticoncepción quirúrgica. No obstante, si la persona tiene la decisión tomada y luego de la consejería reafirma su decisión de acceder a la ligadura de trompas o a la vasectomía, es su derecho que se lleve adelante previa firma del consentimiento informado. Forma parte de las obligaciones profesionales el cumplimentar el requerimiento y llevar adelante la anticoncepción quirúrgica.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

Consiste en un progestágeno (Levonorgestrel) que es utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección, o cuando falló el método. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo. Es efectiva, segura y simple de usar. La anticoncepción hormonal de emergencia tiene dos posibles presentaciones:

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg. por un comprimido
- Levonorgestrel (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos

Método Yuzpe: si no se cuenta con la anticoncepción hormonal de emergencia, se puede recurrir al Método Yuzpe, que consiste en tomar anticonceptivos combinados orales (ACO) en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Cualquier mujer adolescente puede tomar la AHE sin riesgos, incluso quienes no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis hormonal es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo, es como su nombre lo indica, de “emergencia”. La OMS le otorgó a la AHE en los Criterios Médicos de Elegibilidad, la Categoría 1, es decir, no posee contraindicaciones para su uso. El equipo médico debe brindar información sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) disponible para evitar un embarazo no deseado o en caso de fallo de uso de otros métodos anticonceptivos, e incluso si no usó un método. Hay que informar a la adolescente, dónde y cómo adquirirla.

Es importante informar a las adolescentes de manera clara, precisa y oportuna que no es conveniente adoptarla como método habitual, dado que la eficacia anticonceptiva está relacionada sólo a una relación sexual específica. El uso frecuente puede ocasionar irregularidades del ciclo menstrual, por lo que no debe usarse en el control de la fertilidad de manera habitual.

Mecanismo de acción: el principal mecanismo anticonceptivo de la AHE de LNG es la anovulación. Según estudios científicos disponibles hasta el año 2010, el Levonorgestrel administrado en dosis única de 1,5mg o en dos dosis de 0,75 mg dentro de las 12 horas de la relación sexual, impide o retarda la ovulación mediante la inhibición del pico preovulatorio de hormona luteinizante (LH), impidiendo de esta manera la maduración y liberación del óvulo. Dos estudios recientes (2007 y 2010) demuestran que no evita el embarazo si se toma el día en que la mujer está ovulando o después de que se ha producido la ovulación: la AHE de LNG no puede impedir ni interferir con la implantación de un óvulo fecundado. Tampoco afecta significativamente el grosor del endometrio y, en caso de producirse embarazo, no afecta el desarrollo del mismo. Asimismo provoca un espesamiento del moco del cuello uterino, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides a las trompas de Falopio, sitio donde se produce la fecundación. Estos dos mecanismos, anovulación y espesamiento del moco cervical, contribuyen a impedir el encuentro óvulo-espermatozoide, evitando así la fecundación.

Eficacia anticonceptiva: si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de la AHE es del 95%, y ésta disminuye progresivamente con los días sucesivos. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas. Cuanto

más cercana a la relación sexual sin protección se administre la AHE, es mayor su *eficacia anticonceptiva*.

Recuperación de la fertilidad: sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo para la relación sexual cercana a la toma. A partir del día siguiente a la toma de la AHE, la posibilidad de embarazo es la misma que sin protección anticonceptiva.

Protección contra las ITS/VIH: la AHE no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Cualquier mujer puede tomar la AHE sin riesgos, sin importar la edad, incluso las que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis hormonal es relativamente baja y se utiliza por un corto tiempo. No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

Criterios de elegibilidad de la OMS: de acuerdo a los Criterios de Elegibilidad de la OMS, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizar la AHE superen los beneficios de su uso. Por ello le otorga Categoría 1, que significa que no hay ninguna contraindicación para su uso. Pueden usarla, incluso, las mujeres que no pueden recibir anticonceptivos hormonales en forma continua, por ejemplo mujeres fumadoras, con angina de pecho, migraña o enfermedad hepática severa. No debe usarse la AHE si existe un embarazo confirmado. Sin embargo, la AHE puede suministrarse cuando no hay certeza sobre un embarazo y no es posible realizar una prueba para confirmarlo, ya que hay suficiente evidencia de que no tiene ningún efecto en el embarazo ni altera su curso.

Efectos secundarios: no son muy frecuentes, puede haber cambios en la fecha de menstruación: la menstruación puede presentarse antes, en fecha o después de lo esperado. El 50 % de las usuarias menstrúa en la fecha prevista, 35 % se adelanta y 13 % presenta retraso. También pueden presentarse náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga, cefalea y dolor mamario, todos ellos son rápidamente reversibles y solo revisten incomodidad pasajera para la usuaria.

La AHE puede entregarse preventivamente a las personas en consejerías integrales o en la consultas. La provisión de AHE puede efectuarse a mujeres y a varones. La edad no es un factor condicionante de la posibilidad de usar AHE. Cuando una persona refiere haber tenido una situación de sexo inseguro es obligación del equipo profesional brindar AHE siempre. Si se cuenta con un sector de urgencia, deben tomarse las medidas necesarias para que la AHE sea entregada durante todo el funcionamiento de la guardia.

La Ley Nacional 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, incluye el acceso gratuito a la AHE como método de emergencia para prevenir un embarazo. Se entrega en Hospitales y Centros de Salud en

forma gratuita. Las Obras Sociales y Prepagas están obligadas a entregarla en forma gratuita. Con receta médica se puede comprar en las farmacias.

Anticoncepción de Larga Duración (LARCS).

Cerca del 50 % de los embarazos en Estados Unidos son no buscados.

Aunque más del 50 % de éstos se deben a no haber utilizado un MAC, casi el 43 % se producen en usuarias que los utilizaban pero de manera incorrecta.

Los LARCS son métodos que tienen una larga duración y que al discontinuar su uso, se recupera (por retorna) rápidamente la fertilidad.

Dentro de este grupo se encuentran los dispositivos intrauterinos (DIU), los sistemas intrauterinos (SIU) y los implantes subdérmicos. Algunos incluyen la medroxiprogesterona de depósito trimestral.

Los LARCS tienen la ventaja de no depender de la paciente en cuanto a la toma o a los olvidos. Tienen una falla global del 1 %, siendo el porcentaje de falla del uso típico y el perfecto casi similar.

Dependen del profesional para la colocación y la extracción por lo cual son los métodos que menos abandono muestran.

El porcentaje de mujeres que continua con el método al cabo de un año es:

- ACO 68%
- DIU de cobre 78%
- SIU 80%
- Implante subdérmico 84%

El porcentaje de embarazos no planificados es 22 veces mayor en las pacientes que utilizan métodos de corta duración comparados con los LARCS.

Las barreras más frecuentes para la elección de estos métodos son :

- El costo: 60 %
- Desconocimiento sobre el uso del DIU (más evidente en adolescentes por parte del equipo de salud): 47 %
- Falta de entrenamiento en la colocación del Implante subdérmico: 47 %
- Inseguridad en la colocación del DIU en mujeres con más de una pareja: 47 %
- Dudas con respecto a la colocación de DIU en nuligestas: 38 %

El estudio CHOICE (proyecto de elección de anticoncepción) muestra en el caso de las adolescentes de entre 14 y 17 años, el olvido de dos o más pastillas por ciclo en el 25% de las mismas.

a) *Dispositivo Intrauterino (DIU)*

Es una pequeña estructura de plástico flexible que se coloca dentro de la cavidad uterina. Es un método anticonceptivo eficaz, duradero, reversible, desvinculado con el coito y reversible.

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método que puede utilizarse en adolescentes, incluso si son nulíparas, de manera segura, según Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, considerado como categoría 2. En todos los casos, debe realizarse consejería con la adolescente. Es un método a tener en cuenta en aquellas adolescentes que tienen contraindicaciones a otros MAC, en personas con antecedentes de eventos obstétricos previos con discapacidad mental. El DIU les brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito; es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado. El equipo de salud debe tener en cuenta que las mujeres que no tuvieron partos pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU porque su útero es más pequeño, sin que esto represente una contraindicación para el uso del método. Sin embargo, por este motivo, se recomienda realizar una ecografía previa a la colocación para valorar el tamaño del útero.



Tipos de DIU

- Con Cobre
- T Cu 380
- Nova T 380
- Multiload 375
- Con Progestagenos
- Mirena con Levonorgestrel
- Blushiri

Dispositivo Intrauterino de Cobre**Mecanismo de acción**

- Los iones de cobre liberados producen cambios en el moco cervical haciéndolo hostil, lo que evita el ascenso de los espermatozoides por una fuerte inhibición de la motilidad espermática.
- También produce cambios inflamatorios a nivel del endometrio con incremento de la producción de prostaglandinas, alterando el fluido endometrial y tubario, interfiriendo con el transporte del óvulo y el espermatozoide.

Tiene una alta eficacia llegando al 99,8 %, siendo mayor en los DIU de alta concentración de Cobre.

b). Sistema Intrauterino liberador de Levonorgestrel (SIU)

Formado por un dispositivo Nova T y un cilindro acoplado a la rama vertical que actúa como reservorio del esteroide, formado con 52 mg de LNG cubierto por una membrana que regula la liberación de 20 mcg LNG en 24 hs.

Método anticonceptivo de larga duración, eficaz y seguro, que brinda también otros beneficios no contraceptivos adicionales.

Su mecanismo de acción consiste en:

- Efectos en el moco cervical: Se torna espeso y viscoso por las diferencias en el contenido de agua y mucina, lo cual vuelve dificultosa la penetración espermática.
- Efectos sobre el endometrio: produce supresión uniforme de la proliferación endometrial, independientemente de la fase menstrual, lo cual podría inhibir la migración espermática hacia el útero y trompas

Las características más notables en el endometrio son:

La atrofia del epitelio luminal y glandular y la intensa reacción decidual del estroma.

Efecto sobre el ovario: con la tasa diaria de liberación de 20 mcg de LNG en el año las repercusiones sobre la función ovárica pueden ser:

- Anovulación con E2 bajos
- Anovulación con E2 normal/alto
- Ovulación con progesterona baja
- Ovulación con progesterona normal.

Eficacia: Tiene una falla menor del **0,02 %**, debiendo recordar que tiene protección anticonceptiva efectiva a partir de los 7 días post colocación.

Momento de la colocación del DIU

- Durante la menstruación, para lograr facilidad de inserción y seguridad de ausencia de embarazo.
- Dentro de las 48 hs. postparto, o luego de las 4 semanas.

Ventajas:

- Elevada eficacia.
- Reversible de forma inmediata.
- Anticoncepción de larga duración.
- Beneficios no contraceptivos del sistema endoceptivo.
- Disminución del sangrado menstrual.
- Disminución de dolores menstruales.
- Disminución del riesgo de anemia.
- Menor riesgo de embarazo ectópico.
- Reducción del riesgo de EPI por cambios en el moco cervical.
- Prevención de hiperplasia endometrial.
- Tratamiento alternativo de la Endometriosis.

Complicaciones

- Descenso: cuando se encuentra alojado total o parcialmente en el canal cervical.
- Expulsión.
- Perforación.

Contraindicaciones absolutas para la colocación de DIU

- Sospecha de embarazo.
- Distorsiones de la cavidad uterina.
- Hemorragia genital sin estudiar.
- Infecciones genitales activas.
- Endometritis, aborto infectado.
- Neoplasia genital.

c) Implantes Anticonceptivos Subcutáneos

También conocido como pelet o pellet es un método anticonceptivo hormonal compuesto por una varilla que se coloca debajo de la piel del brazo.



Tipos de implantes

- Norplant con 6 **cápsulas** de Silastic. Libera 80 mcg /día por 5 años.
- Jadelle con 2 **cápsulas** de Silastic. Libera 30 mcg/día por 5 años
- Implanon con 1 **cápsula** de Silastic. Duración 3 años.

Mecanismo de acción

1. Inhibición de la ovulación: se produce con niveles séricos de etonorgestrel superiores a 90 pg/ml, inhibiendo pico de LH, persistiendo la actividad folicular.
2. Alteración del endometrio.
3. Producción de moco cervical viscoso.

Ventajas

- Efectividad y reversibilidad.
- Liberación de toma diaria de píldora.
- Anticoncepción durante la lactancia.
- Evita embarazo por período prolongado.
- Anticoncepción inmediata luego de aborto o parto inmaduro.
- No presenta contraindicaciones de los estrógenos, pudiendo utilizarse en fumadoras mayores de 35 años e hipertensas.

Ventajas del uso

- Menor flujo menstrual.
- Disminución de dismenorrea.

Efectos adversos

- Alteraciones del patrón de sangrado.
- Aumento de peso.
- Acné.
- Mastalgia.
- Alteraciones del humor.
- Cefalea.

3. Niveles de atención

En la evaluación de la paciente debemos realizar una HC completa con antecedentes familiares y personales, y toma de TA.

Investigar sobre enfermedades procoagulantes, migrañas, enfermedades metabólicas, etcétera.

Además, dentro de la consejería investigar características de la pareja y ambiente familiar.

En el caso de las adolescentes debemos mostrar en forma práctica las características del método anticonceptivo, abrir el paquete de pastillas, apertura del preservativo, pautas de colocación de parches anticonceptivos.

Despejar mitos relacionados con la imagen corporal, aumento de peso, acné y fertilidad futura.

Explicar la posibilidad de alteraciones en el sangrado y tensión mamaria, para evitar el abandono de la toma.

4. Estudios a solicitar.

Como ya se ha comentado, en la adolescencia, la consulta por anticoncepción, es una URGENCIA, por lo que el profesional deberá valerse de destrezas suficientes para efectuar una historia clínica que incluya descartar patologías, que contraindiquen absolutamente el uso de métodos anticonceptivos hormonales; efectuar una consejería rápida, evaluar modo de vida del adolescente, cual es la motivación por el método elegido, de su pareja, y adhesión o no al método.

Dentro de los Antecedentes Personales Patológicos: investigar contraindicaciones Absolutas y Relativas para los anticonceptivos.

Dentro de las antecedentes familiares: investigar la presencia de cáncer de mama en madre o hermanas.

Dentro de los estudios de primera línea están el examen mamario de la adolescente y la medición de la tensión arterial. Ambas son considerados exámenes primordiales, al momento de aconsejar un MAC.

Quedarán relegados a la próxima visita estudios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes como ecografía tocoginecológica. La toma de citología exfoliativa y colposcopia, no debe ser obligatoriamente efectuada en la primera consulta, salvo que la paciente tuviese dudas y la solicitase expresamente.

Es importante tener en cuenta que la primera citología exfoliativa, debe ser tomada entre los 6 meses hasta los tres años de la primera relación sexual.

Los estudios que se deben solicitar anualmente en toda paciente adolescente que está bajo tratamiento de ACO, incluyen:

Examen mamario, junto con ecografía mamaria.

- Pap y Colpo.
- Hepatograma completo, por metabolismo hepático de los ACO.
- Ecografía tocoginecológica.

Las contraindicaciones para la toma de anticonceptivos hormonales, están relacionadas con el efecto protrombótico y el impacto hepático de los estrógenos y gestágenos. La vía de administración parenteral, al evitar el primer pasaje hepático, disminuye las acciones sobre el hígado.

Las contraindicaciones son:

- Tumores genitomamarios.
- Hemorragia genital no diagnosticada.
- Tromboembolismo.
- Enfermedad coronaria.
- Migraña con aura.
- Colestasis hepática.
- Lupus, Porfirio.
- Síndrome de Rotor y Dubin Jonson.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Obesidad con IMC mayor a 35.

5. Control y seguimiento

Se debe tener en cuenta la evaluación de su satisfacción, inquietudes, si está conforme con el método, los efectos adversos y cambios en el estado de salud que pudiesen discontinuar el método.

Con respecto a las adolescentes que usan ACO se deben controlarse al mes del comienzo de uso para valorar tolerancia, olvidos y responder dudas.

En el caso de utilizar un LARCS, el primer control se realizará luego de la siguiente menstruación y entre los siguientes 3 a 6 meses.

Se debe dar la posibilidad de contactar con un profesional en caso de que aparezcan fiebre, no detección de hilos, amenorrea con DIU CU, sangrado anómalo, dispareunia, dolor pelviano.

6. Riesgo de iatrogenia

Masa ósea: en el caso de las adolescentes, la mineralización crítica del esqueleto se produce en este momento. La mayoría de los autores coincide en que si frenamos la función del ovario con ACO con 20 mcg. o menos se impediría llegar al pico de masa ósea esperado, si bien la evidencia nos muestra que esto estaría también influenciado por la genética, dieta, IMC, tabaco, dieta.

También se debería tener en cuenta que el uso de AMPD en adolescentes de 18 años o menos no se recomienda por alterar el pico de masa ósea.

Comunicar claramente la información, uso del lenguaje acorde a edad, información, dar tiempo a hacer preguntas, comprobar comprensión en caso de adolescentes.

Evitar prejuicios del profesional.

7. Bibliografía

1. **Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil.** *Ginecología Infantojuvenil. Un abordaje interdisciplinario. Anticoncepción de larga duración.* 2014 10.6: 597-605565/620. Ediciones Journal 2014.
2. **Megan L, Kavanagh Nt.** *Meeting the contraceptive Needs of teen s and Young Adults .friendly and long acting reversible contraceptive services in US.* Journal of adolescent Health 2013ñ 52: 284-92
3. **Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación.** *Métodos Anticonceptivos. Guía practica para profesionales de la salud.* Nueva edición. Bs As 2012
4. **Bitzer J.** *Oral contraception adolescent woman. Best practice and research Endocrinology and Metabolism.* 2013 27: 77-89
Avances en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. 869/960 Editorial Ascune, 2012.
5. **Ministerio de Salud de la Nación.** *Métodos Anticonceptivos. Guia Practica para los Profesionales de la Salud,* 2012.
6. **II Cátedra de Clínica Ginecológica,** *Ginecología del Docente al Alumno.* 219/234. Editorial Recursos **Fotográficos** 2015.