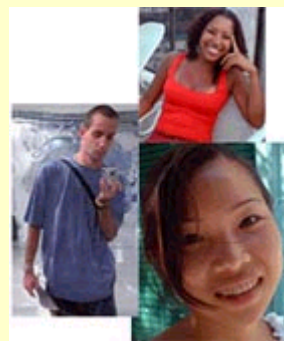


# ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

**Soledad Díaz, Olav Meirik**  
**Instituto Chileno de Medicina Reproductiva**  
**Santiago, Chile, 2011**

**ICMER**

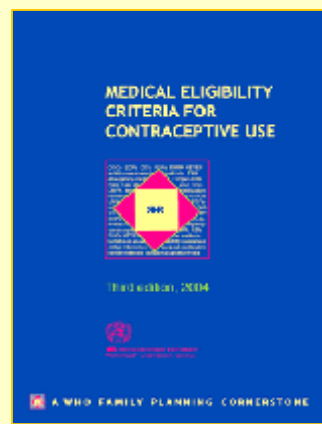
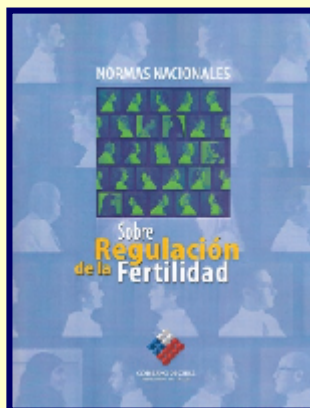


# ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Esta presentación se refiere a:

- Seguridad de los distintos métodos anticonceptivos.
- Criterios médicos para el uso de los distintos métodos anticonceptivos.

ICMER



# **USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (ACOS) EN ADOLESCENTES: PREOCUPACIONES**

- **Maduración del eje hipotálamo-pituitaria-ovario**
- **Enfermedades cardiovasculares**
- **Cáncer de mama y cuello uterino**

## MADURACIÓN DEL EJE HIPOTALAMO-PITUITARIA-OVARIO Y USO DE ACO

- ***Sujetos:*** 103 adolescentes 2-5 años después de la menarquia, que usaron ACO (50 y 30 ug EE) por 3 a 24 meses y 17 adolescentes no-usuarias.
- ***Resultados:*** Frecuencia igual de ovulación, niveles similares de estradiol, progesterona, FSH y LH, igual respuesta a LHRH.
- ***Conclusión:*** El uso de ACO no afecta la maduración del eje hipotálamo-pituitaria-ovario.

# **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ARTERIALES Y USO DE ACO**

- **Infarto del miocardio, accidente vascular (AV) cerebral hemorrágico: no están asociados al uso de ACO en mujeres jóvenes, sanas, no fumadoras, con presión arterial normal.**
- **AV cerebral isquémico: el uso de ACO en adolescentes tiene un riesgo extra de cerca de 1 por 1,000,000.**

# ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES TROMBOEMBOLISMO (TE) Y USO DE ACO

- **En adolescentes, el uso de ACO tiene un riesgo extra de 5 a 10 por 100,000.**
- **El riesgo depende del progestágeno en las pastillas (menor con levonorgestrel que con desogestrel, gestodeno, drospirinona y acetato de ciproterona).**

## Razón de riesgo (IC) para ETV asociada al uso de ACO (30 mcg EE) según progestágeno

<b>Levonorgestrel</b>	<b>1 (referencia)</b>
<b>Desogestrel</b>	<b>2.4 (1.3-4.6) <sup>a</sup></b>
<b>Gestodeno</b>	<b>3.1 (1.6-5.9) <sup>a</sup></b>
<b>Drosperinona</b>	<b>1.7 (0.7-3.0) <sup>b</sup></b>
	<b>1.6 (1.3-2.1) <sup>c</sup></b>
	<b>2.3 (1.6-3.2) <sup>d</sup></b>
	<b>3.3 (1.4-7.6) <sup>e</sup></b>
<b>Ciproterona*</b>	<b>2.0 (1.3-3.0) <sup>b</sup></b>
	<b>1.9 (1.4-2.2) <sup>c</sup></b>

---

\* Tratamiento de hiperandrogenismo con efecto anticonceptivo

<sup>a</sup> WHO, *Lancet* 1996; 346:1582; <sup>b</sup> Van Hylckama y cols, *BMJ* 2009,339:b2921

<sup>c</sup> Lidegaard y col, *BMJ* 2009,339:b2890; <sup>d</sup> Jick SS, Hernandez RK *BMJ*

2011;340:d2151; <sup>e</sup> Parkin L y cols *BMJ* 2011;340:d2139

## **CANCER DE MAMA Y USO DE ACO**

**El riesgo relativo de cáncer de mama durante el uso de ACO es de 1.24 y se expresa hasta 10 años después de discontinuar.**

**El riesgo extra asociado al uso de ACO entre los 16 y 19 años es mínimo:**

- 0.5 por 10,000 en mujeres de países desarrollados**
- 0.25 por 10,000 en mujeres de países en desarrollo**

## CANCER CERVICAL Y USO DE ACO

Los estudios muestran que el uso de ACO por más de 5 años se asocia a un incremento en el riesgo relativo de cáncer cervical **sólo en mujeres infectadas con tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (2.8, IC 1.5-5.4).**

# **BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES Y USO DE ACO**

**Reducción del riesgo de:**

- **Anemia**
- **Infecciones pélvicas**
- **Síndrome premenstrual**
- **Cáncer ovárico**
- **Cáncer del endometrio**

# ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS Y RIESGO DE CANCER DE OVARIO y ENDOMETRIO

<u>CANCER</u>	<u>USO</u>	<u>RIESGO RELATIVO</u>
<b>Ovario*</b>	<b>Todo</b>	<b>0.7</b>
	<b>5 años</b>	<b>0.5</b>
	<b>10 años</b>	<b>0.2</b>
<b>Endometrio*</b>	<b>1 año</b>	<b>0.8</b>
	<b>4 años</b>	<b>0.5</b>

---

*\*La protección se mantiene por >10 años después del uso*

*Adaptado de WHO Technical Report Series. Oral Contraceptives and Neoplasia  
1992 y Lancet 347:1713, 1996*

# **USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS**

**Se considera que la información disponible para los anticonceptivos combinados orales se puede aplicar a la anticoncepción combinada administrada en inyectables mensuales, anillos vaginales y parches transdérmicos.**

# **USO DE PROGESTAGENO SOLO INYECTABLE EN ADOLESCENTES: PREOCUPACIONES MASA OSEA Y USO DE DMPA**

- **La masa ósea se remodela a lo largo de la vida y el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) se asocia a una pequeña pérdida de densidad ósea que es reversible en mujeres adultas.**
- **La masa ósea se acumula en la adolescencia y el uso de DMPA atrasa la acumulación fisiológica de hueso y no se sabe si esto es totalmente reversible.**

# **ITS Y VIH**

**Los anticonceptivos hormonales  
no protegen contra  
la infecciones de transmisión sexual  
incluyendo el VIH.**

## **USO DE DIU EN ADOLESCENTES: PREOCUPACIONES**

- **Infecciones pélvicas (IP)**
- **Expulsión del DIU**

## RIESGO DE IP EN ADOLESCENTES

- **En mujeres sexualmente activas, la tasa de hospitalización por IP es 2 a 3 veces mayor en adolescentes que entre los 25-29 años.**
- **Esto puede ser por razones sociales, conductuales y biológicas.**

*Bell et al. Sex Transm Dis 1984;11:291-5. Westrom et al. In Holmes & Mardh eds. International perspectives on neglected sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill, 1983; 235-50.*

# EXPULSIÓN DE DIU EN ADOLESCENTES

- **20 expulsiones por 100 inserciones (T-Cu 200, 7-Cu, 226 adolescentes nulíparas, Suecia)<sup>1</sup>**
- **18 expulsiones por 100 inserciones (7-Cu, 120 adolescentes, 81% nulíparas, EEUU)<sup>2</sup>**
- **Expulsiones más altas en adolescentes madres que en adultas, pero sin diferencia significativa (T-Cu 200B, Brasil)<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Weiner et al. *Br Obstet Gynaecol* 1978;85:204-6

<sup>2</sup>Kulig et al. *J Pediatr* 1980;96:746-59.

<sup>3</sup>Díaz et al. *Contraception* 1993;48:23-8

## **EXPULSIONES Y EXTRACCIONES POR SANGRADO/DOLOR SEGÚN PARIDAD**

**En mujeres nulíparas, las expulsiones y las extracciones, ocurren con mayor frecuencia que en las mujeres que han tenido un parto previo.**

**En 20 artículos revisados, se describe una diferente distribución de expulsiones o extracciones en relación a la paridad de las usuarias.**

	<b>Nulípara</b>	<b>Parto previo</b>
<b>Expulsiones</b>	<b>13</b>	<b>4</b>
<b>Extracciones</b>	<b>15</b>	<b>3</b>

*Hubacher D. Contraception 75 (2007) S8-S11*

## **USO DE METODOS DE BARRERA EN ADOLESCENTES**

- **El uso consistente y correcto del condón masculino protege contra las ITS y el VIH.**
- **La eficacia anticonceptiva se ve afectada por el uso inconsistente o incorrecto.**
- **La seguridad no es problema.**

# USO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE) EN ADOLESCENTES

- Es el **único** método anticonceptivo que las adolescentes pueden usar después de una relación sexual sin protección para prevenir un embarazo no deseado.
- Es el **único** método anticonceptivo para prevenir un embarazo en casos de violación.
- Puede usarse en el caso de una relación en que se usó un anticonceptivo cuando ocurrió un accidente con éste (como rotura del condón, olvido de las pastillas, expulsión del DIU).
- No debe usarse como método anticonceptivo de uso regular porque es menos efectiva que la anticoncepción de uso regular.
- No tiene contraindicaciones.

## **USO DE OTROS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES**

- **Condón femenino: no hay estudios en adolescentes.**
- **Coito interrumpido, espermicidas, diafragma: su eficacia es baja.**
- **Abstinencia periódica: la práctica puede ser difícil.**

# CATEGORÍAS USADAS EN LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

Si una condición se clasifica en:

- ***Categoría 1:*** No hay limitaciones para el uso del método
- ***Categoría 2:*** Las ventajas de usar el método superan los posibles riesgos
- ***Categoría 3:*** Los posibles riesgos superan las ventajas de usar el método
- ***Categoría 4:*** El uso del método representa un riesgo inaceptable

# **CRITERIOS MÉDICOS PARA LA ELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES: EDAD**

- **Menor de 18 años implica cautela en el uso de DMPA por su efecto en el metabolismo óseo (C2).**
- **Menor de 20 años, nulípara, requiere considerar el riesgo de expulsión del DIU y su asociación con infecciones pélvicas (C2).**
- **La edad no es factor que limite el uso de otros métodos (C1).**

# **CRITERIOS MÉDICOS PARA LA ELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES: PARIDAD**

**En la nuligesta, considerar:**

- **El riesgo de expulsión e IP con el uso de DIU (C2).**
- **El retraso en recuperación de la fertilidad y el riesgo para la masa ósea con DMPA (C2).**

**Antecedente de embarazo:**

- **No hay restricción en la elección (C1).**

# **CRITERIOS MÉDICOS PARA LA ELECCION DE ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES: SALUD**

## **Criterios específicos:**

- **Riesgo de ITS y VIH (DIU)**

## **Criterios generales para todos los métodos:**

- **Patología psiquiátrica**
- **Patología orgánica**
- **Sangrados irregulares**

# **USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES RESUMEN DE SEGURIDAD Y EFICACIA**

- **Los métodos hormonales combinados (orales, inyectables anillos vaginales y parches transdérmicos) y los progestágenos solos (pastillas e implantes) son seguros y efectivos.**
- **El condón masculino es efectivo y protege de ITS y VIH si se usa en forma consistente y correcta.**
- **La AE es segura pero menos efectiva que la anticoncepción de uso regular.**

# **USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES RESUMEN DE SEGURIDAD Y EFICACIA**

- **DMPA es efectiva, pero no la primera elección por el posible efecto en la masa ósea.**
- **Los DIU con cobre son efectivos y son una buena elección para adolescentes con hijos y pareja estable; no serian la primera elección para nulíparas por expulsiones y riesgo de IP.**

## **SEGURIDAD Y EFICACIA**

**La eficacia del anticonceptivo es un aspecto importante de la seguridad, donde y cuando el aborto inducido es de riesgo.**

# **SUGERENCIAS PARA LA ELECCION DEL MÉTODO: PRIMERAS OPCIONES (C1)**

- **Condón masculino de látex**
- **Anticonceptivos hormonales combinados**
  - Pastillas de dosis baja (30mcg de EE + LNg)**
  - Inyectables (Cyclofem, Mesigyna)**
  - Anillos vaginales**
  - Parches transdérmicos**
- **Anticoncepción de emergencia**
  - Pastillas de levonorgestrel**
  - Pastillas combinadas**

# **SUGERENCIAS PARA LA ELECCIÓN DEL MÉTODO: SEGUNDAS OPCIONES**

- **Métodos hormonales de progestágeno solo en dosis bajas (C1):**

**Pastillas**

**Implantes**

- **T de Cobre (C2):**

**Para adolescentes y nulíparas que no están expuestas a riesgo de ITS**

- **Métodos hormonales de progestágeno solo inyectable (C2)**

# CONCLUSIÓN

- **Las adolescentes pueden usar la mayoría de los métodos anticonceptivos disponibles sin daño para su salud.**
- **Las opciones más adecuadas para cada adolescente dependen de su situación de vida.**
- **Identificar la mejor opción depende de la calidad de los servicios disponibles.**