

ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA



- *Grupo PrevInfand / PAPPS Infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. Mayo-14*

Actividades preventivas recomendadas: prevención de las ITS y embarazo no deseado (a partir de los 12 años)

Revisiones de salud: entre 6 y 14 años
Entre 16 y 18 años

Las actividades que recomienda el grupo son aquellas que al analizar los estudios publicados, se han mostrado más efectivas.



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

La OMS define la adolescencia como el periodo entre los 10 y 19 años de edad.

Se caracteriza por el desarrollo físico, mental, emocional y social que lleva desde la infancia a la edad adulta.



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Aspectos legales



Constitución Española: niños y adolescentes “gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”

Código Penal: **a partir de los 13 años** los menores tienen capacidad para mantener relaciones sexuales consentidas, lo sepan o no sus padres o representantes legales. De ello se puede deducir su capacidad para adoptar medidas anticonceptivas.

A partir de los 18 años, las adolescentes tienen mayoría de edad jurídica.

Código Civil: “ la patria potestad de los padres o representantes legales deberá ejercitarse siempre en beneficio de los hijos y de acuerdo con su personalidad, y siempre que tengan suficiente juicio deberán ser oídos y, en todo caso, a los mayores de 12 años”



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Aspectos legales

Ley 41/2002 de autonomía del paciente:

“El titular del derecho a la información es el paciente. También deberán ser informadas las personas vinculadas a el por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita e manera expresa o tácita.....”

“Se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención...”



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Aspectos legales

Menos de 13 años: La ley española considera delito el hecho de mantener relaciones sexuales

13-15 años: Se puede administrar anticoncepción si la menor tiene capacidad de entender el tratamiento. Informar a los representantes legales en caso de riesgo grave para la salud. Los representantes deben autorizar una IVE

16-17 años: Mayoría de edad médica. Informar a los representantes legales en caso de riesgo grave para la salud. Informar a un representante legal en la IVE (prescindible en determinados casos)

18 años o más Mayoría de edad con autonomía completa



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Aspectos éticos

- *La práctica sanitaria está basada en cuatro principios éticos:*

NO MALEFICENCIA

AUTONOMIA

BENEFICIENCIA

JUSTICIA



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Conducta sexual

A pesar de que los jóvenes tienen un fácil acceso a la información, ésta suele ser muy superficial:

Desconocen los métodos anticonceptivos , con gran número de creencias falsas.

Convierte las relaciones sexuales en una conducta de riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS).



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Conducta sexual

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en el año 2010 la tasa de embarazo en mujeres de 15 a 19 años en España fue de 23,36 por mil. La proporción de abortos sobre embarazos fue del 54,52%. En el mismo año 2010 se produjeron 25904 embarazos y 14122 abortos. La gran mayoría de estos embarazos fueron considerados no planificados o no deseados



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Conducta sexual



Equipo Daphne (2008) : encuesta nacional con el objetivo de conocer el uso de anticoncepción entre la juventud española .

Muestra distribuida por comunidades autónomas: 2000 jóvenes de 15 a 24 años.



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Conducta sexual

En el año 2010 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó un estudio realizado a 3653 adolescentes de 15 a 18 años :

Referían relaciones coitales 21,1% de las jóvenes de 15 y 16 años y 49,7% de las de 17 y 18 años.

Respecto a los métodos anticonceptivos en su última relación los resultados fueron para las adolescentes de 15 y 16 años: 78.7% preservativo, 7.2% píldora, 21.1% coito interrumpido. Para las de 17 y 18 años: 72.9% preservativo, 22% píldora, 49.7% coito interrumpido (referidos en algunos casos dos métodos). El número medio de parejas sexuales fue de 1.9 en las adolescentes de 15 y 16 años y 2,29 en las de 17 y 18 años.



ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Conducta sexual



La situación en España, se ha evaluado mediante una encuesta telefónica promovida por la Sociedad Española de Contracepción en 2011 (datos en prensa) a 6200 mujeres de 14 a 50 años.

Entre las 674 jóvenes de 14 a 19 años encuestadas, un 49,7% eran sexualmente activas, y de ellas 18% habían usado alguna vez la anticoncepción de urgencia.

Los principales motivos de uso fueron la rotura de preservativo (51,6%) y el no uso de método anticonceptivo (32,8%).

Solo el 2.2% de las de 14-16 años la habían utilizado en el último año y todas ellas, una sola vez.

Entre 17 y 19 años la han usado un 8.35% y de las cuales fue utilizada una vez el 52.5%, y el 7.9% entre 2 y 4 veces.

El lugar de solicitud más frecuente fue la farmacia (67.8%) y **un 12.7 de las adolescentes tuvieron dificultades para su obtención**



Embarazo en la adolescencia

- *La OMS define el embarazo adolescente como la gestación que se produce entre los 10 y los 19 años*

Adolescencia temprana: 10-13 años

Adolescencia tardía: 17-19 años

- **CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE:**

Riesgo biológico (inmadurez):

Riesgo obstétrico: anemia, EHE, prematuridad, PEG, problemas posparto

Riesgo social:

Aborto:

ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Aborto

	Total	<15 años	15-19 años
Total I.V.E.	113.031	426	13.696
Andalucía	21.121	78	3.080
Aragón	2.745	9	285
Asturias	2.093	5	198
Baleares	3.295	10	333
Canarias	5.003	17	561
Cantabria	1.064	2	107
Castilla-La Mancha	3.919	11	499
Castilla y Leon	3.133	10	473
Cataluña	22.924	66	2.440
C. Valenciana	10.607	66	1.443
Extremadura	1.434	6	258
Galicia	3.513	8	478
Madrid	20.496	65	2.110
Región De Murcia	4.729	21	517
C. Foral Navarra	855	9	123
País Vasco	3.388	18	355
La Rioja	505	1	63
C.A.Ceuta	32	1	1
C.A .De Melilla	107	1	26
No Residentes	2.065	22	346
No Consta	3		

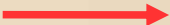
578

ANTICONCEPCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Aborto

- *El porcentaje de embarazos adolescentes que termina en aborto provocado es de alrededor del 50%*
- *La técnica del aborto en la adolescencia no difiere de la practicada en otras edades (mayor frecuencia de 2º trimestre)*

La legislación española sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) contemplaba los tres supuestos despenalizados en la ley orgánica 9/1985 de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, pero a partir del 5 de Julio de 2010 entró en vigencia la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que permite el aborto dentro de las primeras 14 semanas de embarazo por decisión exclusiva de la mujer.

	Total	Edad										
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Total I.V.E.	14.122	0	1	2	9	73	341	903	1.778	2.646	3.874	
Andalucía	3.158	0	0	0	0	9	69	203	375	642	848	
Aragón	294	0	0	0	0	2	7	22	29	46	74	
Asturias	203	0	0	0	0	2	3	10	30	35	58	
Baleares	343	0	0	0	0	1	9	21	48	56	107	
Canarias	578	0	0	0	0	3	14	45	76	99	148	
Cantabria	109	0	0	0	0	0	2	10	11	18	40	
Castilla-La Mancha	510	0	0	0	0	3	8	39	68	102	130	
Castilla y Leon	483	0	0	0	1	3	6	25	59	98	148	
Cataluña	2.506	0	0	0	2	10	54	143	313	439	718	
C. Valenciana	1.509	0	0	0	4	12	50	93	193	297	414	
Extremadura	264	0	0	0	0	0	6	17	31	66	66	
Galicia	486	0	0	0	0	2	6	27	60	107	126	
Madrid	2.175	0	0	0	1	11	53	124	266	370	617	
Región De Murcia	538	0	0	1	0	6	14	40	74	106	143	
C. Foral Navarra	132	0	1	0	0	1	7	8	23	25	30	
País Vasco	373	0	0	1	1	5	11	26	44	72	93	
La Rioja	64	0	0	0	0	0	1	5	14	10	14	
C.A.Ceuta	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
C.A .De Melilla	27	0	0	0	0	0	1	2	4	7	4	
No Residentes	368	0	0	0	0	3	19	43	60	50	96	
No Consta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad 2010.

- 
- ***LA TASA DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENTE SIGUE SIENDO ALTA***
 - ***MUCHOS JOVENES NO USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS***

REFORZAR LA EDUCACIÓN SEXUAL

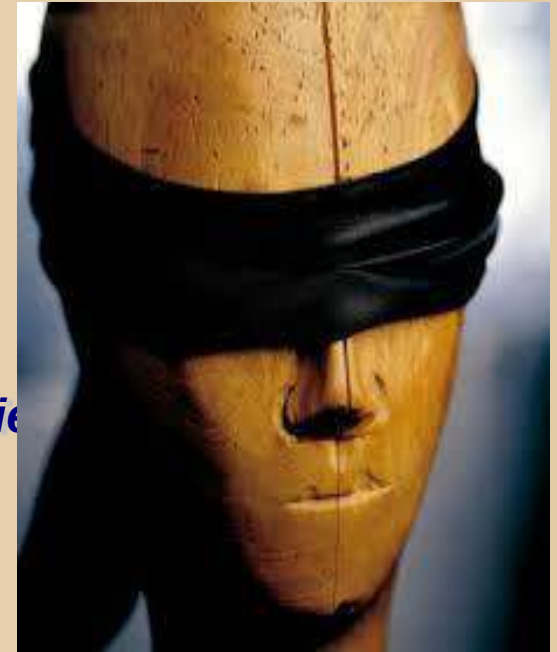
Informar de forma clara y objetiva, incidir en la prevención



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Adherencia y Continuación

- 1.Escasa percepción de riesgo propia de la adolescencia*
- 2.Situación socioeconómica*
- 3.Edad: a menor edad peor cumplimiento*
- 4.Mala tolerancia a efectos secundarios*
- 5.Existencia de ideas erróneas con excesiva percepción de riesgo*
- 6.Ambivalencia respecto al embarazo*
- 7.Baja frecuencia de asistencia a los controles*
- 8.Dificultad en las relaciones familiares y con los profesionales sanitarios*
- 9.Accesibilidad a los servicios sanitarios*
- 10.Coste económico*
- 11.Normas sociales*
- 12.Influencia de los amigos*
- 13.Ausencia de planes de educación reglados*



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE



- INOCUIDAD**
- EFECTIVIDAD**
- REVERSIBILIDAD**
- TOLERANCIA**

**ESTOS REQUISITOS SON
MUY IMPORTANTES EN
LA ADOLESCENCIA**

- ACEPTABILIDAD**
- PRACTICABILIDAD**
- DISPONIBILIDAD**



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Adherencia y Continuación



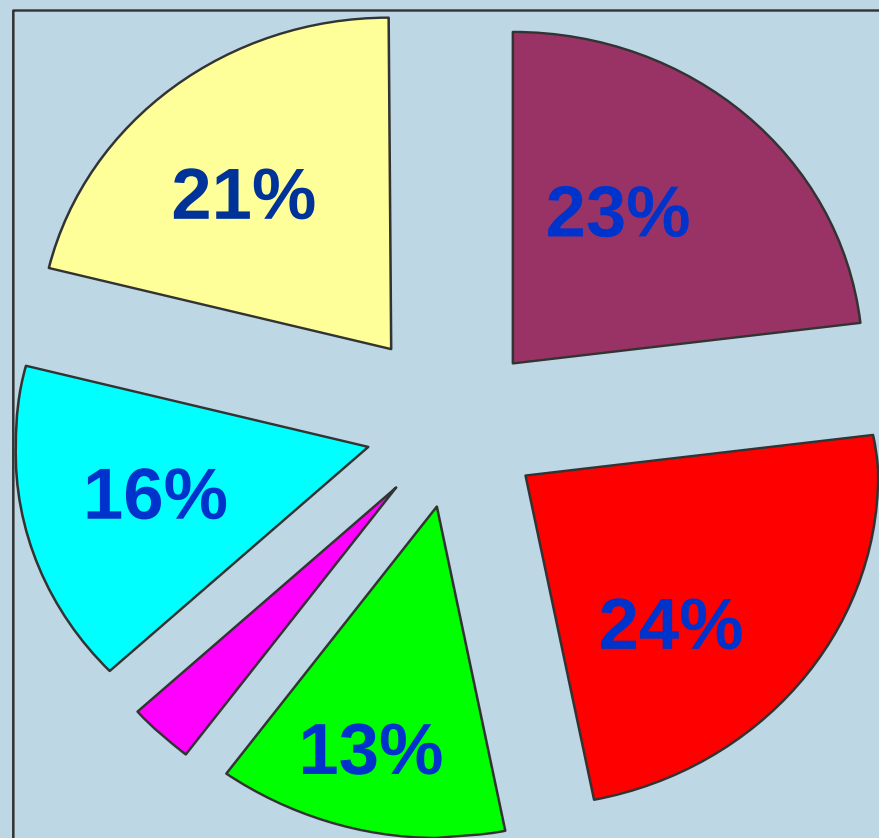
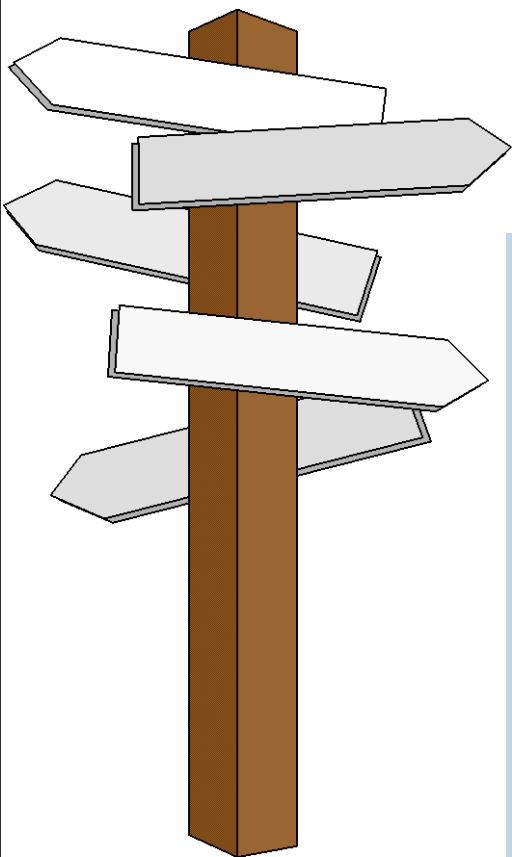
El preservativo es el método más utilizado pero su principal problema es que no se usa en todas las relaciones sexuales, siendo inconsistente en el 15% de las mujeres de 14 a 19 años que manifiestan utilizarlo como método anticonceptivo habitual (doble función).

El segundo método más utilizado es la anticoncepción hormonal oral (ACO) que también presenta dificultades para la adherencia al tratamiento.

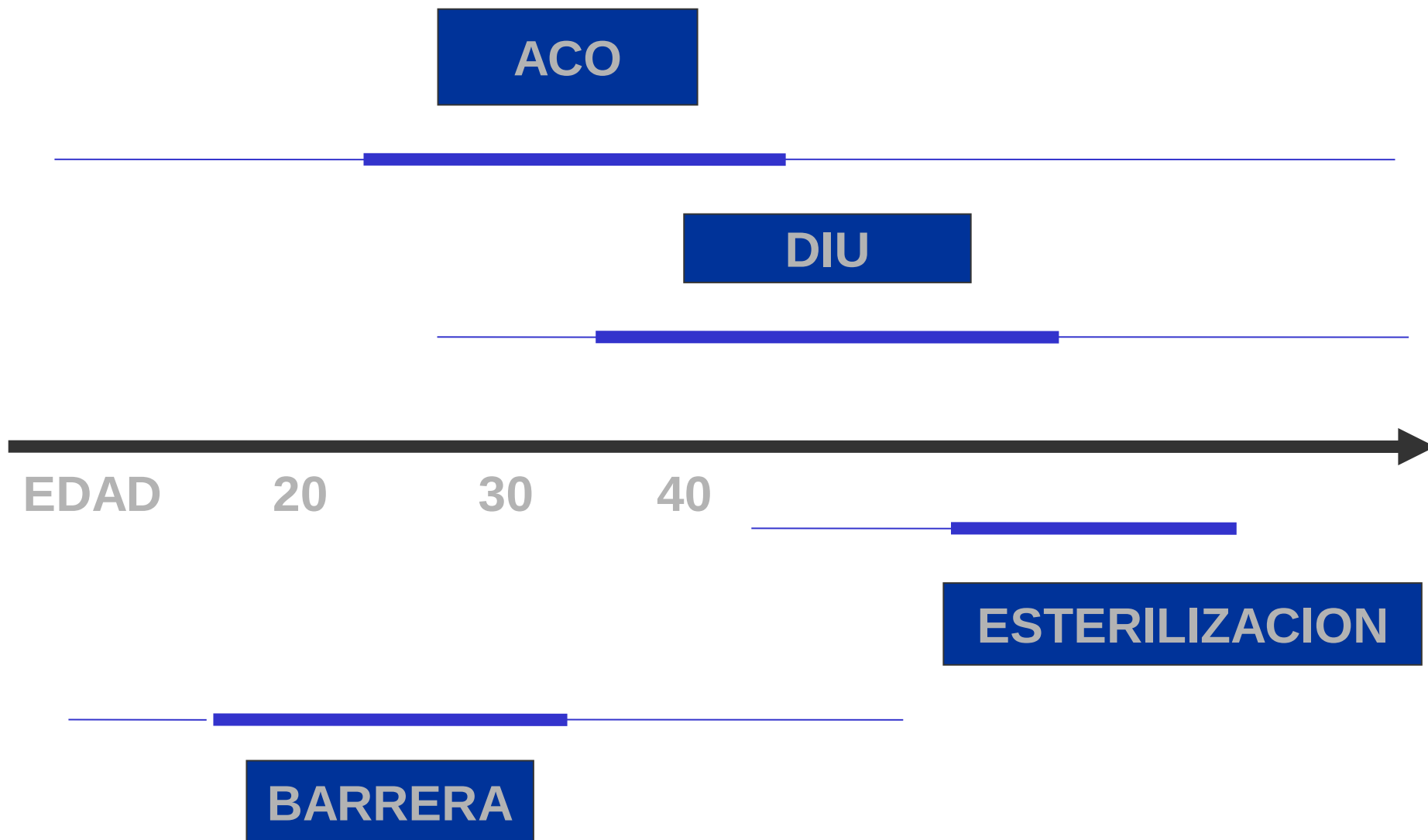
Anticoncepción reversible de larga duración: implante subdérmico, dispositivo Intrauterino, medroxiprogesterona depot



Distribución del uso de contraceptivos en España



- **Barrera**
- **Orales**
- **DIU**
- **LT**
- **Natural**
- **Ninguno**



PATRON GENERAL DE USO

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



- ***ESTROGENO:***

Etinilestradiol (EE): AHC de baja dosis (<35ugr)

Valerato de estradiol, 17 beta estradiol (naturales)

- ***GESTÁGENOS:***

Primera generación

Segunda generación

Tercera generación



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Anticonceptivos orales de primera generación: preparados que contienen 50 μg o más de EE.

Anticonceptivos orales de segunda generación: preparados que contienen levonorgestrel, norgestimato y otros integrantes de la familia de la noretindrona y 30-35 μg de EE.

Anticonceptivos orales de tercera generación: preparados que contienen desogestrel o gestodeno con 20-30 μg de EE.

Anticonceptivos orales de baja dosis: preparados que contienen menos de 50 μg de EE.



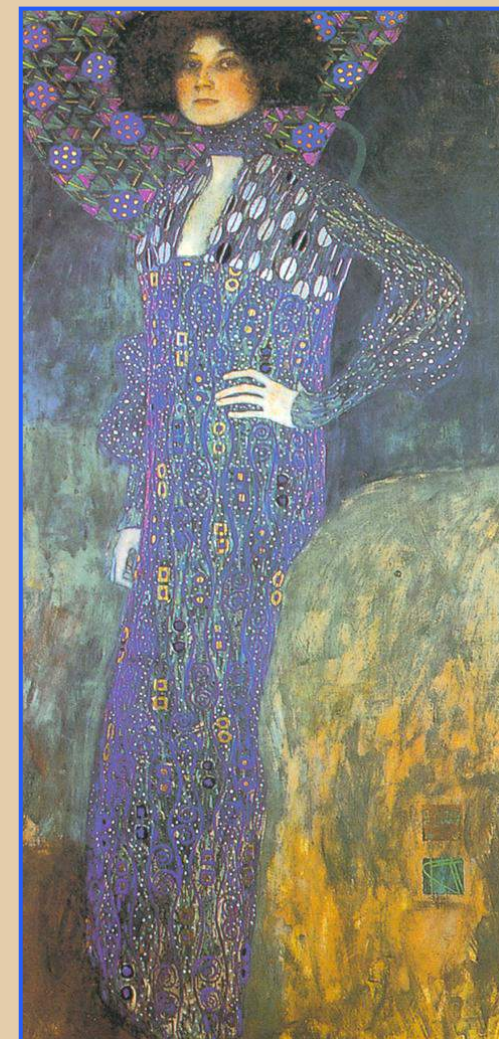
ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

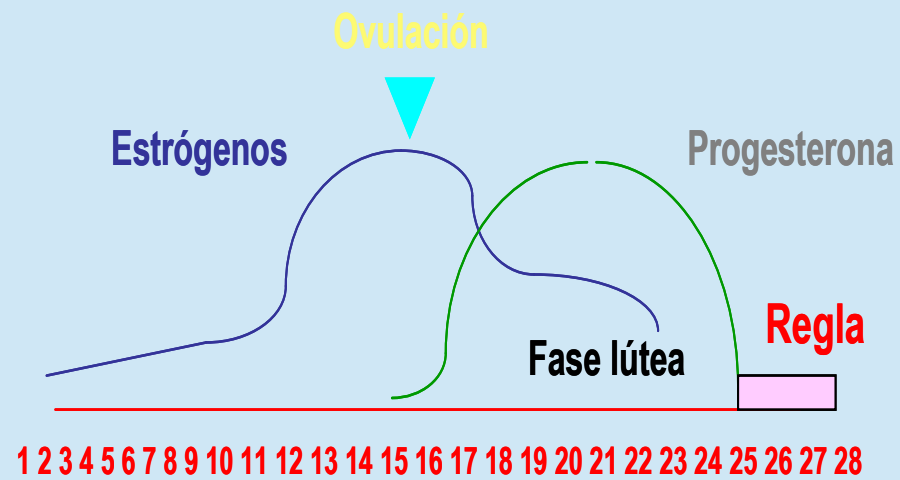
En la actualidad, se prefiere clasificar a los gestágenos en dos categorías:

los derivados de la 19-nortestosterona y los derivados de la 17-hidroxiprogesterona

ORIGEN	Precusores	Segunda generación	Tercera generación	Otros
Derivados de la Testosterona	19-nortestosterona • Etisterona	13 metil gonanos • Noretindrona • Noretinodrel • Acetato Noretindrona • Linestrol		
		13 etil gonanos • Norgestrel • Levonorgestrel	• Norgestimato • Gestodeno • Desogestrel	
Derivados de la Progesterona	17-hidroprogesterona	• Acetato de Medroxiprogesterona • Acetato de Ciproterona • Acetato de Clormaldona		
Similares a la espirolactona				• Drospirenona
Otros				• Dianogest • Trimesgestona



Ciclo menstrual normal



Composición	Pauta Estrógeno+Gestágenos		Estrógeno	Gestágeno
COMBINADA: Combinación de estrógenos y gestágenos	Monofásico Bifásico Trifásico	28 días*	etinilestradiol 15 mcg a 50 mcg	levonorgestrel noretisterona
		24 + 4 días**		gestodeno desogestrel norgestimato acetato ciproterona drospirenona
		22 días		
		21 días		
	* Pauta de 21 días de tratamiento + 7 días de placebo (comprimidos sin actividad). ** Pauta de 24 días de tratamiento + 4 días de placebo (comprimidos sin actividad).			
GESTÁGENOS SOLOS	"Monofásica"	28 días	No contiene	desogestrel
	Postcoital	2 dosis	No contiene	levonorgestrel

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Adherencia y Continuación



ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACO

Hacer pautas sin descanso con siete comprimidos sin sustancia activa con el fin de crear hábitos de rutina para la toma diaria y evitar el retraso en el inicio del siguiente envase

Pautas continuadas para disminuir el número de inicios de ciclos y evitar el problema de que se alargue el periodo sin hormonas y se produzca una ovulación. En España no existen comercializados envases con estas pautas

Pautas con un menor intervalo libre de hormonas (24/4). El índice de Pearl en las adolescentes es mejor con la pauta 24/4 que con la convencional 21/7

Inicio rápido (quick start)

Otras vías de administración no diarias: Cuando se comercializaron las vías no orales se supuso que el hecho de que se evitara la toma diaria podría disminuir los olvidos y aumentar la efectividad, sin embargo en una revisión reciente de la Cochrane, a pesar de que hubo diferencias en el cumplimiento, la tasa de discontinuación y los efectos adversos, la efectividad fue la misma para las 3 vías

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

La anticoncepción hormonal combinada (AHC), es reversible, de alta eficacia y seguridad reconocida en la mujer sana de cualquier edad, fácil de utilizar, que no interfiere en la relación sexual ni en el desarrollo físico, por lo que es considerada una anticoncepción preferente y recomendable en la mayoría de adolescentes.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Eficacia y pautas de los AHC orales

La vía oral es la más conocida y utilizada. IP: 2.1

MEJORAR EL CUMPLIMIENTO : 21+7

MINIMIZAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS: 24+4

Extending cycling

Quick start (iniciación inmediata): descartar embarazo + preservativo 7 días



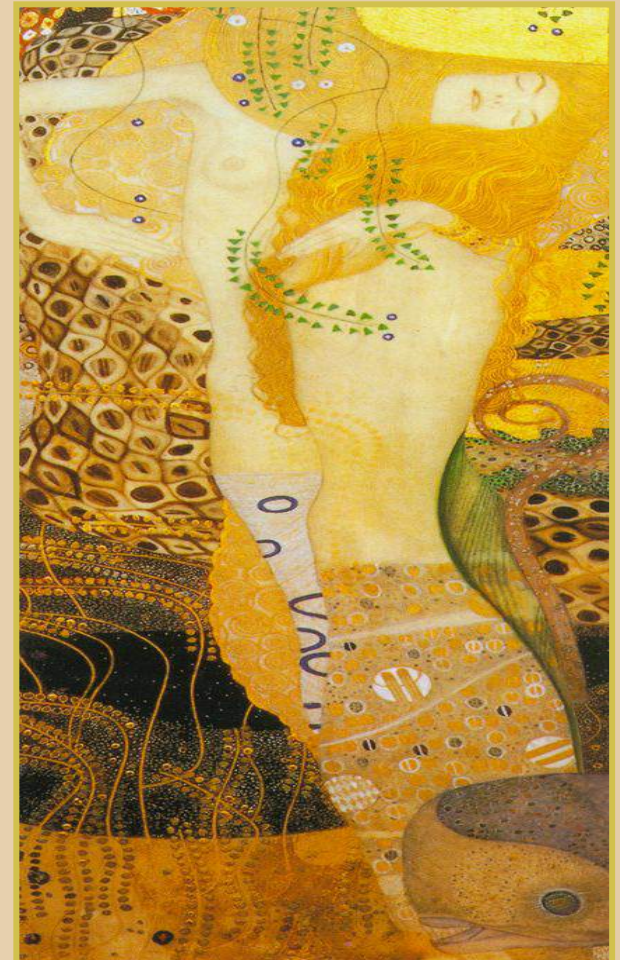
ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

Eficacia y pautas de los AHC orales

Quick start (iniciación inmediata): descartar embarazo + preservativo 7 días

- = tasas de discontinuación
- = patrones de sangrado
- = efectos secundarios
- > adherencia



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

Otras vías de administración

VIA TRANSDÉRMICA. IP 1.24

existe en España un solo producto que utiliza un parche matricial de 20 cm². Cada parche libera, de forma mantenida, una media de 203 mcg de norelgestromina y 33,9 mcg de EE cada 24 horas. Su aplicación es semanal, durante tres semanas, seguidas de una semana de intervalo libre en la que se provoca el sangrado por privación.



- < olvidos
- > aceptabilidad

No utilizar en sobrepeso: pérdida de eficacia



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

Otras vías de administración

VIA VAGINAL IP 1.23

anillo flexible de evatane, en cuyo núcleo se encuentran dispersos, de manera uniforme, el estrógeno y el progestágeno, liberando diariamente y de forma constante 15 mcg de EE y 120 mcg de etonorgestrel (derivado del desogestrel). La pauta utilizada es de 3 semanas de mantenimiento del anillo intravaginalmente, retirarlo y volver a introducir uno nuevo, transcurrida una semana de descanso.



54 mm

4mm

< olvidos
> aceptabilidad

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Ventajas y beneficios de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Los AHC aportan ventajas para las adolescentes, compartidas por todas las vías de administración, como su alta eficacia anticonceptiva, fácil utilización, rápida vuelta a la fertilidad tras el abandono, no tener relación con el coito y no ser necesaria la cooperación de la pareja.

Del mismo modo, van cobrando cada vez más relevancia los beneficios no contraceptivos



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

Ventajas y beneficios de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Protección frente a	Riesgo de embarazo
	Cáncer de endometrio, ovario y colo-rectal
	Embarazo ectópico
	Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)
	Pérdida de densidad mineral ósea (estados hipoestrógenicos)
Protección Probable	Quistes ováricos benignos
	Enfermedad mamaria benigna
	Miomas
	Endometriosis
	Artritis reumatoide
Reducción de	Trastornos relacionados con el ciclo menstrual: (dismenorrea, dolor ovulatorio, sangrado menstrual abundante, anemia, y síndrome premenstrual)
	Acné, hirsutismo y seborrea
	Síntomas del síndrome de ovarios poliquísticos (sangrado irregular, acné, hirsutismo)
	Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado irregular)

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Ventajas y beneficios de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Las diferencias entre las ventajas según la vía utilizada no son extraordinarias:

la vía oral aporta una mayor experiencia de años de uso y un mejor conocimiento del método derivado de la cantidad de estudios, tanto para la usuaria como para los prescriptores. Ofrece variedad de combinados y mejores resultados para frenar el acné, la seborrea o el vello en los que contienen gestágenos de mayor potencia anti-androgénica (ciproterona, clormadinona, dienogest, drospirenona).

las vías transdérmica y vaginal, se les presume igualmente los beneficios no contraceptivos mencionados (mismo mecanismo de acción).
+ otras ventajas: **diferente metabolización** del fármaco, evitan el primer paso hepático, mantienen unos niveles constantes en sangre y su eficacia no se ve alterada en caso de trastornos digestivos (vómitos y diarreas). Su **comodidad** de uso y por evitar los olvidos, podrían favorecer el buen cumplimiento, aunque no está demostrada una mayor efectividad anticonceptiva.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Inconvenientes de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Necesidad de cumplimiento

No protegen frente a las infecciones de transmisión sexual

Requiere participación sanitaria: primera visita sólo aquellas acciones que se consideran requisitos imprescindibles para el inicio (historia familiar y personal detallada, medida de tensión arterial y del índice de masa corporal)



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Inconvenientes de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Existencia de mitos:

“engordan” “Aumentan el vello” “producen esterilidad y cáncer”.....

Información veraz y objetiva basada en evidencia científica



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

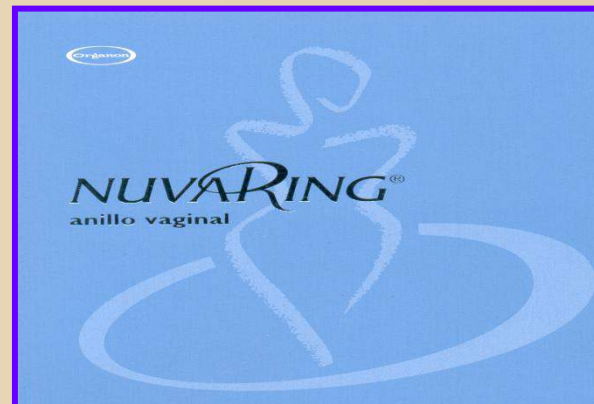
Inconvenientes de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Relacionados con la vía:

- Transdérmica: despegamiento, irritación
- Anillo vaginal: manipulación genital

MASTODINIA

PRECIO



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados



Inconvenientes de los anticonceptivos hormonales combinados.-

Posibles riesgos y efectos adversos:

Trombosis: x5 (descartar migraña con aura e historia familiar de trombofilia)

Mama: controversia

Densidad Mineral Ósea: evitar los preparados de muy baja dosis (<20ug)

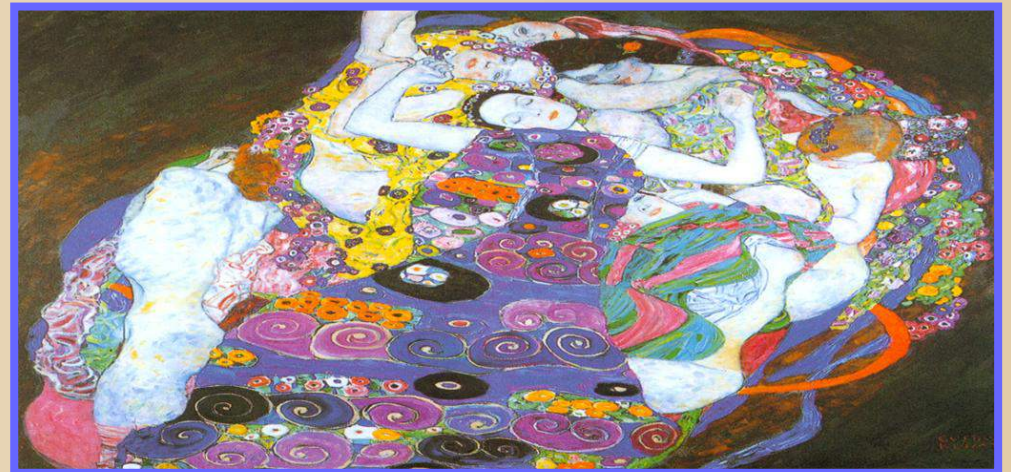
Sintomas secundarios de índole menor



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos hormonales combinados

La AHC no está contraindicada puramente por motivos de edad. Tanto las diferentes **guías internacionales** que contemplan los criterios de elegibilidad para anticoncepción en jóvenes , como también las conclusiones de las **conferencias de consenso de la SEC**, son instrumentos muy útiles en la práctica clínica y actualizan periódicamente las recomendaciones pertinentes para las adolescentes



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

Entendemos como anticoncepción o método con solo gestágenos (MSG) el uso de anticonceptivos hormonales que utilizan como único principio activo un gestágeno.

La ausencia de estrógenos propicia una mayor seguridad para la salud de la usuaria, al no presentar los riesgos asociados al uso de los estrógenos (fundamentalmente de tromboembolismo), lo que además permite utilizarlos en mujeres en las que el uso de estrógenos está contraindicado.

Pueden recomendarse a cualquier mujer, incluidas las adolescentes, siempre y cuando acepten el patrón de sangrado que propician.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

• **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD (OMS 2009)**

Condición	PSG	AMPD	Implante	DIU-LNG
Lactancia y menos de seis semanas posparto	3	3	3	3 (menos de 4 semanas)
Lactancia y más de seis semanas posparto	1	1	1	1
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e hipertensión)	2	3	2	2
Hipertensión arterial $\geq 160/100$	2	3	2	2
Hipertensión arterial con enfermedad vascular	2	3	2	2
TVP – EP actual	3	3	3	3
Cardiopatía isquémica	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)
Accidente cerebrovascular	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	2
Migraña con aura, a cualquier edad	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)
Sangrado vaginal de etiología desconocida con sospecha de una patología grave, antes de la evaluación	2	3	3	4(I) 2(C)
Cáncer de mama actual	4	4	4	4
Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad actual ni durante los 5 años previos	3	3	3	3
Diabetes con enfermedad vascular o de mas de 20 años de duración	2	3	2	2
Hepatitis viral actual	3	3	3	3
Cirrosis grave (descompensada)	3	3	3	3
Tumor hepático (benigno o maligno)	3	3	3	3

PSG: Píldora solo gestágeno. AMPD: Acetato medroxiprogesterona. I: inicio. C: continuación.
 EP: embolia pulmonar. TVP: trombosis venosa profunda. DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel.

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

Método anticonceptivo	Eficacia (teórica)
Píldora	0,5
Inyectable	0,3
Implante	0,05
DIU-LNG	0,1

Anticonceptivos hormonales		Eficacia (cada 100 mujeres en un año de uso)	
		Uso correcto	Uso habitual
Con estrógenos y gestágenos (pastillas, parche, anillo vaginal)		0,3	9
Con sólo gestágenos	pastillas	0,3	9
	inyectable	0,2	6
	implante	0,05	0,05
	DIU con gestágenos	0,05	0,05

La edad por sí misma no supone límite al uso de los MSG, incluido el DIU-LNG.

La oferta de MSG, aunque limitada en cuanto al número de gestágenos utilizados, cubre la posible administración tanto por vía enteral (píldora) como parenteral (intramuscular y subdérmica) y endouterina (DIU-LNG).

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

Oral

Comprimidos con 75 µg de desogestrel de administración diaria continua .

Su toma se inicia el primer día del ciclo. Si la toma se retrasa más de 12 horas, la eficacia anticonceptiva puede verse reducida y debe utilizarse un método anticonceptivo adicional (preservativo) durante los 2 días siguientes.

En líneas generales las posibles interacciones medicamentosas son las mismas que presentan las píldoras combinadas.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

Intramuscular

Se presenta en forma de suspensión inyectable con 150 mg de acetato de medroxiprogesterona (AMDP) por mililitro, para su administración mediante inyección intramuscular profunda y con una periodicidad trimestral.

Para asegurar su eficacia desde la primera administración se recomienda que ésta se realice dentro de los cinco primeros días del ciclo . De no ser así, se recomienda la utilización de preservativo durante 7 días.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

Es un sistema de liberación intrauterina (SIL) que contiene 52 mg de levonorgestrel (SIL-LNG), siendo eficaz durante 5 años y otro que contiene 13,5mg (LNG) siendo eficaz durante 3 años

La carga hormonal está contenida en un núcleo situado sobre la parte vertical de un cuerpo en forma de T, y en cuyo extremo distal se fijan los hilos de extracción.

Además de su uso como anticonceptivo está indicado para el tratamiento del sangrado menstrual abundante .



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

Subdérmica

Es un implante radiopaco, de varilla única, no biodegradable, flexible, que contiene 68 mg de

etonogestrel. Se presenta precargado en un aplicador estéril desechable diseñado para ser

manejado con una mano y facilitar la correcta inserción del implante por vía subcutánea (cara

interna del brazo).

Se trata de un MSG de larga duración, ejerciendo su acción durante tres años.

El momento de la inserción depende del método anticonceptivo que se está utilizando hasta ese

momento, pero como normal general debe insertarse entre el primer día de la

menstruación

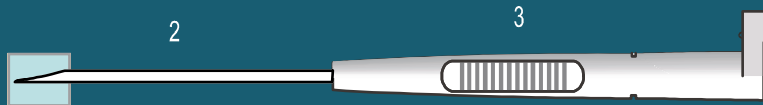


TUBO DE IMPLANON

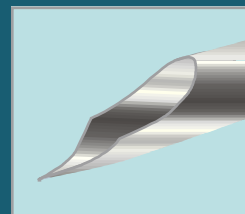
Rate-controlling membrane (0.06 mm)



Core:	40% EVA
	60% etonogestrel
Membrane:	100% EVA



2i



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)

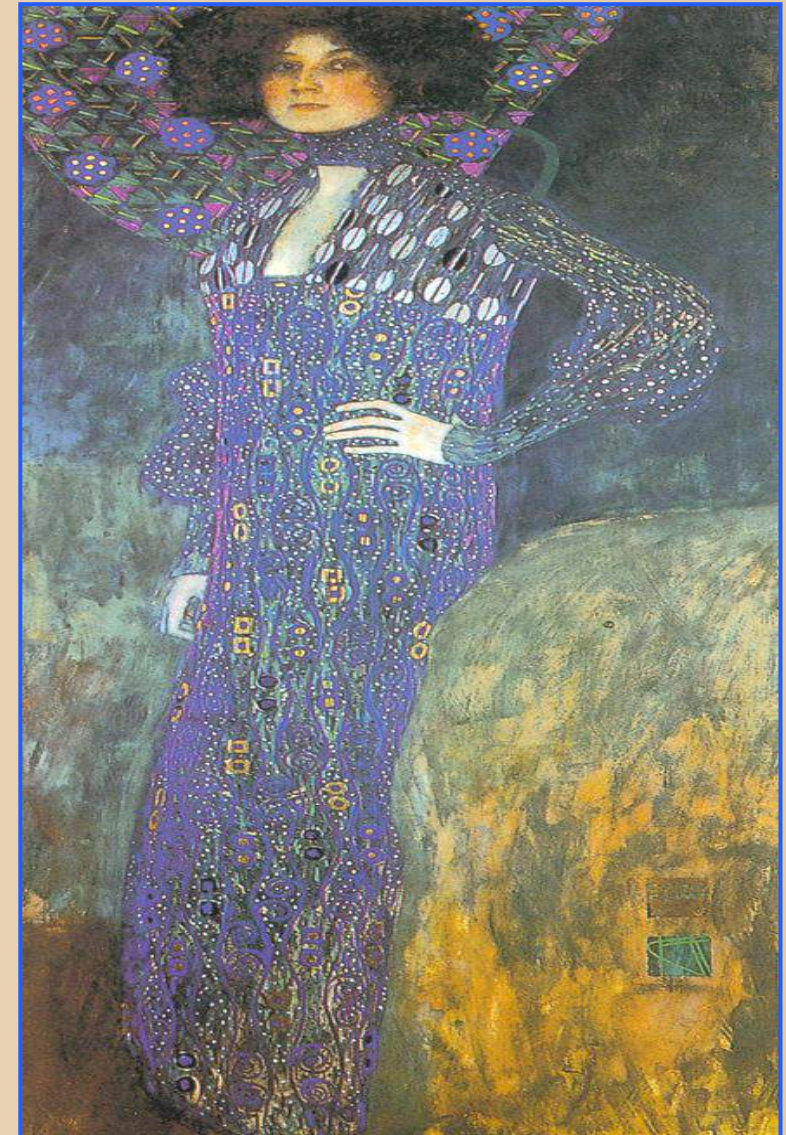
Ventajas en la adolescencia

Reducción del sangrado menstrual abundante

Reducción de la dismenorrea y el dolor pélvico

Mejor cumplimiento

Postparto



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticonceptivos solo con gestágenos (MSG)



Riesgos en la adolescencia // efectos indeseables

Sangrados irregulares

Reducción de la densidad mineral ósea

Retraso en la recuperación de la fertilidad

Incremento de peso



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción intrauterina



La edad y a la paridad se consideran una categoría 2 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para la anticoncepción intrauterina, es decir que los beneficios superan a los riesgos.

La Sociedad Española de Contracepción considera adecuada la utilización de un DIU en la adolescencia como método que proporciona una anticoncepción efectiva, de larga duración y alta seguridad.

A pesar de ello, el uso de la anticoncepción intrauterina es excepcional en la población adolescente.

Eficacia // Seguridad



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción intrauterina



- ***Complicaciones asociadas al método.***

Dolor en el momento de la inserción: La presencia de dolor durante la inserción es variable pero, al tratarse de una circunstancia posible debe ser previamente hablado con la adolescente

Perforación: Es muy rara y no superior a las mujeres de más edad

Expulsiones: La tasa de expulsión oscila según la bibliografía entre el 5% y el 22% teniendo mayor riesgo las mujeres más jóvenes y las nulíparas

Sangrado anómalo y dolor. Son las causas más frecuentes de retirada de DIU



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción intrauterina

- ***Ideas erróneas***

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El riesgo de EPI es mayor en las 3 primeras semanas postinserción disminuyendo posteriormente a una tasa similar a la de las mujeres que no utilizan ese método anticonceptivo. En general se considera que la tasa de EPI es baja y equiparable entre las mujeres adultas y las adolescentes.

En los criterios médicos de elegibilidad de la OMS solo se considera que no se debe de insertar un DIU en caso de EPI., cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonorrea que exista en la actualidad. Si se produce una enfermedad pélvica inflamatoria con el DIU inserto no es necesario retirarlo para realizar el tratamiento médico. Fertilidad posterior

Las tasas de infertilidad al cesar la utilización de un DIU son similares a las de otros métodos anticonceptivos. La fertilidad se recupera rápidamente al retirar el dispositivo sin que se hayan observado diferencias en función de la edad

Embarazo ectópico. El riesgo absoluto de embarazo ectópico en usuarias de DIU es bajo, 0,2 por 1.000 mujeres/año, considerablemente menor que el de las mujeres que no utilizan ningún método, 6,5 por 1.000 mujeres/año El antecedente de embarazo ectópico se considera en los criterios médicos de elegibilidad de la OMS como categoría 1

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción intrauterina

- Ventajas-inconvenientes DIU cobre-DIU levonorgestrel***



	DIU Cu	DIU LNG
	Se puede utilizar en circunstancias en las que no está indicado una anticoncepción hormonal con gestágenos	Se puede utilizar en las alergias al cobre
Ventajas	Mantiene los ciclos habituales aunque el sangrado sea mayor	Disminuye el sangrado
		Mejora la dismenorrea
		Disminuye el riesgo de EPI
Inconvenientes	Sangrado más abundante y/o prolongado	Patrón de sangrado irregular propio de los métodos con solo gestágenos
	Aumenta la dismenorrea	

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción intrauterina

Criterios de elegibilidad (OMS 2009)

Condición	DIU Cu	DIU LNG
Enfermedad pélvica inflamatoria		
Historia de EPI con embarazo posterior	1	1
Historia de EPI sin embarazo posterior	2	2
EPI actual	4(I) 2(C)	4(I) 2(C)
ITS		
Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	4(I) 2(C)	4(I) 2(C)
Otras ITS menos VIH y hepatitis	2	2
Vaginitis incluido tricomonas y vaginosis bacteriana	2	2
Mayor riesgo de ITS	2/3(I) 2(C)	2/3(I) 2(C)
Historia de embarazo ectópico	1	1

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción intrauterina



Aceptación del método

Los motivos principales para no utilizar un método anticonceptivo son el conocimiento de las mujeres y sus actitudes hacia los métodos, el asesoramiento y la práctica de los profesionales sanitarios y, en el caso de la anticoncepción intrauterina, el alto coste económico inicial del método.

Se han publicado trabajos en los que se confirma que un importante número de adolescentes no conocen el DIU, pero que su actitud hacia este tipo de anticoncepción es positiva cuando se les informa adecuadamente y posiblemente esta falta de información se deba a las ideas erróneas que persisten entre los profesionales sanitarios



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia (AU) consiste en la toma de un fármaco después de un coito vaginal desprotegido (no uso de método, problemas con cualquier método utilizado o agresión sexual).

Supone una “**segunda oportunidad**” : no debe sustituir a los anticonceptivos eficaces de uso regular y es importante recordar que no protege de las infecciones de transmisión sexual

En 2001 fue aprobado el uso de levonorgestrel (LNG) como AU en España, y en el año 2009 se liberalizó su uso considerándolo producto de venta libre en oficinas de farmacia. También en 2009 la Agencia Europea del Medicamento aprobó el acetato de ulipristal (AUP) como AU y se comercializó en España en el mismo año.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción de urgencia



Levonorgestrel

La eficacia del LNG depende del momento en que se tome tras el coito de riesgo. En las primeras 24 horas la eficacia es del 95%, de 24 a 48 horas 85%, y de 48 a 72 horas 58%. El principal y posiblemente el único mecanismo de acción del LNG es la inhibición o el retraso de la ovulación.

Debe informarse claramente a las adolescentes de que el LNG es más eficaz cuanto más pronto se tome.

El uso de LNG es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes

Los efectos secundarios del LNG son similares a los que experimentan las mujeres adultas.

La OMS en sus Criterios Médicos de Elegibilidad considera el uso repetido de LNG como categoría 1 (sin restricciones). No obstante, observa que es una indicación para que la mujer reciba consejo sobre otras opciones anticonceptivas



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Anticoncepción de urgencia

El embarazo no deseado es un problema de salud reproductiva, que es más grave en adolescentes.

La AU es una anticoncepción muy segura, sus riesgos para la salud son mínimos y la mayoría de adolescentes no tienen enfermedades que la contraindiquen.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Doble protección

La utilización conjunta de un método de alta eficacia al mismo tiempo que del preservativo (“Doble protección”) es la mejor opción de sexo seguro . Ambos riesgos están especialmente presentes entre las adolescentes . Y aunque la asociación píldora-condón es la más utilizada, el beneficio, lógicamente es el mismo con cualquier otra asociación al preservativo.



En la encuesta de 2011 el 3,2% de las jóvenes entre 15 y 19 años, y el 2,2% de las de entre 20 y 24 años afirman utilizar el DP , cifras muy bajas si las comparamos con las publicadas en otros países (17,9% entre las jóvenes de 15 a 19 años en U.S , 22% entre los 13 y 25 años en Reino Unido).

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE SITUACIONES ESPECIALES



La recomendación del método anticonceptivo hay que hacerlo siguiendo los **Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS**, las guías de práctica clínica y las conferencias de consenso para seleccionar aquellos que se encuentren en las categorías 1 (ninguna limitación para el uso) o 2 (los beneficios superan los riesgos) de la OMS.

Otro aspecto importante que tenemos que considerar es que a pesar de que afortunadamente las patologías crónicas son poco frecuentes en esta etapa de la vida, el número de adolescentes en esa situación está aumentando debido, por una parte, al incremento en la incidencia de determinadas patologías, como la diabetes y la obesidad y, por otro, por un aumento en la supervivencia de otras como puede ser la fibrosis quística.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

SITUACIONES ESPECIALES



	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Obesidad (*): $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$	2	1	1	1	1	1

La Sociedad Española de Contracepción y las recomendaciones del Reino Unido (consideran que cuando el IMC es superior a 35 Kg/m² el incremento del riesgo tromboembólico hace que el riesgo sea superior a los beneficios que se puedan obtener.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE SITUACIONES ESPECIALES

Diabetes	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	1	1	1
Enfermedad no vascular	2	2	2	2	2	1
Nefropatía / reninopatía / neuropatía	3/4	2	3	2	2	1
Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años	3/4	2	3	2	2	1

DM-I

DM-II + síndrome metabólico

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE SITUACIONES ESPECIALES

Trastornos Tiroideos	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Bocio simple	1	1	1	1	1	1
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1

Adolescentes con enfermedades del tiroides pueden utilizar cualquier método anticonceptivo en función de sus preferencias, presentando la AHC como efecto beneficioso añadido el control de las alteraciones del ciclo que son frecuentes en estos casos.

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE SITUACIONES ESPECIALES

Cefaleas	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
No migrañosas	1(I) 2(C)	1	1	1	1	1
Migraña sin aura < 35 años	2(I) 3(C)	1(I) 2(C)	2	2	2	1
Migraña sin aura > 35 años	3(I) 4(C)	1(I) 2(C)	2	2	2	1
Migraña con aura a cualquier edad	4	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	1

Patología frecuente que refiere el 5% de las mujeres en edad reproductiva. Los dolores de cabeza son frecuentes en las adolescentes sanas estando entre el 10% y el 30% el porcentaje de jóvenes que se quejan de sufrirlas semanalmente

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

SITUACIONES ESPECIALES



	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Epilepsia(**)	1	1	1	1	1	1

	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Ciertos anticonvulsivos (Fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3	3	1	2(*)	1	1
Lamotrigina	3	1	1	1	1	1

(*) Aunque la interacción de ciertos anticonvulsivantes con los PSG e implantes no es perjudicial puede reducir la efectividad anticonceptiva de los mismos.

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE SITUACIONES ESPECIALES



Hipertensión	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Historia de hipertensión incluida durante el embarazo. No se puede evaluar la TA	3	2	2	2	2	2
Hipertensión controlada. Se puede evaluar	3	1	2	1	1	1
TA sistólica 140-159 o diastólica 90-99mm Hg.	3	1	2	1	1	1
TA sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100	4	2	3	2	2	1

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE SITUACIONES ESPECIALES



Valvulopatía cardíaca	AHC	PSG	AMPD	IMPLANTE	DIU LNG	DIU Cu
Sin complicaciones	2	1	1	1	1	1
Con complicaciones	4	1	1	1	2	2



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

SITUACIONES ESPECIALES



Enfermedades hematológicas

Trastornos hemorrágicos: Más del 20% de las mujeres que presentan sangrado menstrual abundante pueden tener un trastorno hematológico y las causas más frecuentes en estas edades son: la enfermedad de Von Willebrand, el déficit de factores de coagulación o alteraciones plaquetarias.

Las complicaciones ginecológicas frecuentes relacionadas con la enfermedad de Von Willebrand son la rotura de quistes de ovario y los sangrados disfuncionales por lo que la AHC constituiría el tratamiento de elección si cumple los criterios de elegibilidad. Con los MSG también se beneficiaría del menor sangrado con la consiguiente mejoría de la anemia frecuente en estos casos.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

SITUACIONES ESPECIALES



Enfermedades hematológicas

Talasemia, anemia de células falciformes y anemia ferropénica:

Pueden utilizar cualquier método anticonceptivo aunque el uso de DIU de cobre aumenta la pérdida menstrual.

En el caso de la anemia de células falciformes, los métodos con solo gestágenos parecen tener un efecto beneficioso de disminución de las crisis.

En la anemia ferropénica la anticoncepción hormonal, tanto combinada como con solo gestágenos presentan el efecto beneficioso de un menor sangrado con mejoría de la anemia



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

SITUACIONES ESPECIALES

Adolescentes discapacitadas

El asesoramiento anticonceptivo debe individualizarse considerando el tipo de discapacidad(física o psíquica), su grado, el deseo y posibilidad de reproducción (métodos reversibles o irreversibles) y el entorno familiar y social entre otros factores



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS

Ganancia de Peso		AMPD	AHC MSG (excepto AMPD)
Acne	AHC	MSG	
Problemas Psiquiatricos	MSG		AHC MSG (excepto AMPD)
Fertilidad Posterior		AMPD en el primer año después de su cese	AHC MSG
Patrón Sangrado	AHC	MSG (irregular) AMPD (amenorrea)	
Estatura			AHC MSG
Masa Osea		AMPD AHC (muy leve)	
ITS	AHC MSG		
Trombosis		AHC (leve, diferente según gestágeno)	MSG
Cáncer	AHC		MSG



EFFECTOS BENEFICIOSOS RECONOCIDOS A LA AHC

1. Efectos beneficiosos relacionados con la menstruación (EVIDENCIA I)

- ***a. Mejoría de la dismenorrea (incluso los de baja dosis)***
- ***b. Disminución del sangrado menstrual y del riesgo de anemia ferropénica (ciclos extendidos)***
- ***c. Mejoría del síndrome premenstrual (Drospirenona, 24+4, eficaz en trastornos moderados)***

2. Protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica (EVIDENCIA II)

3. Efectos beneficiosos en el tratamiento del dolor en la endometriosis (EVIDENCIA I)

EFFECTOS BENEFICIOSOS RECONOCIDOS A LOS MSG.

Síntesis de la evidencia	DIU-LNG	AMPD	IMPLANTE
Manejo del dolor pélvico y la dismenorrea en pacientes con diagnóstico de endometriosis	II-1, II-2	II-3	II-3
Reducción del sangrado menstrual abundante / menorragia a largo plazo	I	II-1, II-2	II-1, II-2
Reducción de la hiperplasia endometrial.	II-1, II-2	II-3	
Efecto protector sobre el endometrio en las mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal.	II-3		
Efecto protector del crecimiento endometrial en mujeres tratadas con tamoxifeno.	II-3		
Disminución del riesgo de cáncer de endometrio		II-3	

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS



Ganancia de peso

En una revisión de la Biblioteca Cochrane (2008) sobre ensayos aleatorizados no se encontraron pruebas que apoyen una asociación causal entre los anticonceptivos combinados y el aumento de peso. Además, las comparaciones de diferentes anticonceptivos combinados no mostraron diferencias sustanciales en el peso según la dosis de estrógeno del mismo.

Acné

Los anticonceptivos hormonales combinados tiene un efecto beneficioso en la reducción de lesiones inflamatorias y no inflamatorias del acné , especialmente aquellos que contienen gestágenos con efecto antiandrogénico, como acetato de ciproterona, drospirenona, clormandinona y dienogest. Se pueden utilizar para tratar a adolescentes con acné,informándoles de que se requiere un mínimo de 3-6 meses para evaluar su efectividad. Los anticonceptivos de solo gestágenos pueden aumentarlo.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS

Fertilidad posterior

No existe ninguna evidencia de que los anticonceptivos causen esterilidad a largo plazo, ni de que causen una mayor incidencia de aborto espontáneo, complicación de embarazo, o malformación congénita



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS

Patrón de sangrado. Amenorrea. Dismenorrea

Los anticonceptivos hormonales tiene un efecto sobre el endometrio que se traduce en cambios en el patrón de sangrado de quien los utiliza : Los AHCs suelen disminuir la intensidad y duración del sangrado y éste aparece después de la toma de la última píldora (o después de retirar el parche o el anillo) o en los últimos tres días de uso hormonal, mientras que los de sólo gestágeno presentan un patrón de sangrado irregular o imprevisible, sangrado infrecuente y amenorrea.



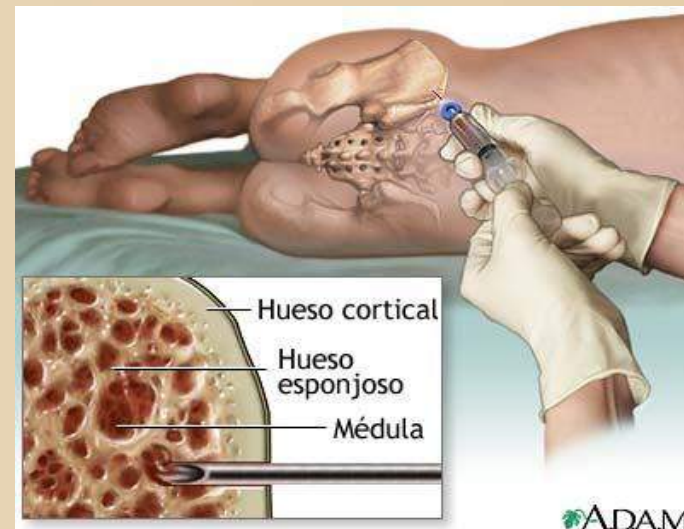
ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS

Estatura y Salud ósea

Los estrógenos desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la resistencia ósea y se sabe que el 40% de la masa ósea se consigue en el periodo puberal.

Esto significa que los anticonceptivos hormonales también pueden influir en la densidad ósea.



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

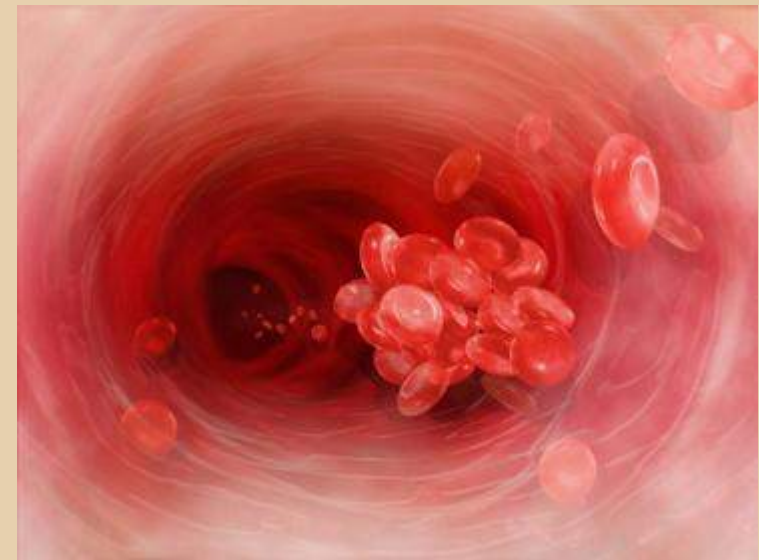
PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS

Trombosis

La prevalencia de alteraciones en los factores implicados en la enfermedad tromboembólica es baja en la población general, y aún más en las adolescentes, por lo que no existe recomendación de un estudio antes del inicio de la toma de anticonceptivos hormonales. Es imprescindible la anamnesis detallada y en el caso de que la adolescente refiera la existencia de antecedentes de enfermedad tromboembólica en familiares de <45 años, solicitar el estudio y la valoración por el hematólogo.

ACH con levonorgestrel

MSG



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Puntos clave en la entrevista



Demostrar interés por los adolescentes

Dar confianza de que se le atenderá

Ofrecer ayuda sin paternalismos

Asegurar la confidencialidad

Escuchar atenta y activamente, en un entorno de confianza y respeto

Realizar preguntas abiertas. Las preguntas cerradas (aquellas que se responden con un sí o con un no) ayudan a la adolescente a mantener un rol pasivo. Las preguntas abiertas facilitan la comunicación de sus sentimientos

Valorar a la persona. Reforzar el uso correcto del/los métodos anticonceptivos y las prácticas de sexo seguro. Si no los usa correctamente, cuestionar la práctica que llevó al error, no a la persona. Transmitirle una valoración positiva de sus capacidades para cuidarse, ser asertiva y ser responsable de sus decisiones sexuales y reproductivas, para ser capaz de resolver los problemas anticonceptivos. Potenciar las habilidades personales para encontrar estrategias de prevención

No juzgar, no criticar, no culpabilizar por las actitudes sexuales. No debemos juzgar negativamente sino creer en sus capacidades para madurar ante el riesgo o el error. Buscar las razones subjetivas que explican el no uso o uso incorrecto de la anticoncepción. Ayudar a analizar estas razones y plantear estrategias para evitarlas

Ayudar a deliberar sobre las decisiones

Favorecer la comunicación con la pareja(s) si es posible, para implicar al varón en la responsabilidad anticonceptiva

Favorecer la comunicación con la familia si es posible, ya que puede servir como potenciación del uso correcto del o de los diferentes métodos anticonceptivos

Mostrar disponibilidad para dudas y entrevistas sucesivas



ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

Puntos clave en la entrevista



La consulta sobre anticoncepción en adolescentes debería ser de fácil acceso, y el equipo sanitario debería estar disponible para dudas e imprevistos que puedan ocurrir.

Es recomendable dedicar tiempo para escuchar a la adolescente, y facilitar el acceso a la información cuando surgen dudas, problemas o quieren cambiar de método.

No tener una idea predeterminada de qué método es el que conviene a cada adolescente y ser respetuoso con su elección, excluyendo si hay alguno contraindicado médicamente.



