

# LO QUE EL PEDIATRA DEBE SABER DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

## DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ

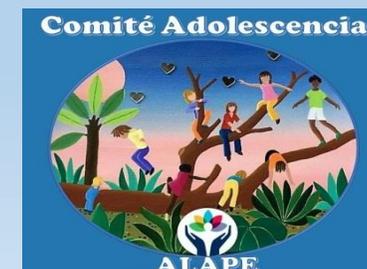
MEDICA- Especialista en Epidemiología. Maestría en SSR

Asesora Comité de Adolescencia ALAPE

[www.adolescenciaalape.org](http://www.adolescenciaalape.org)

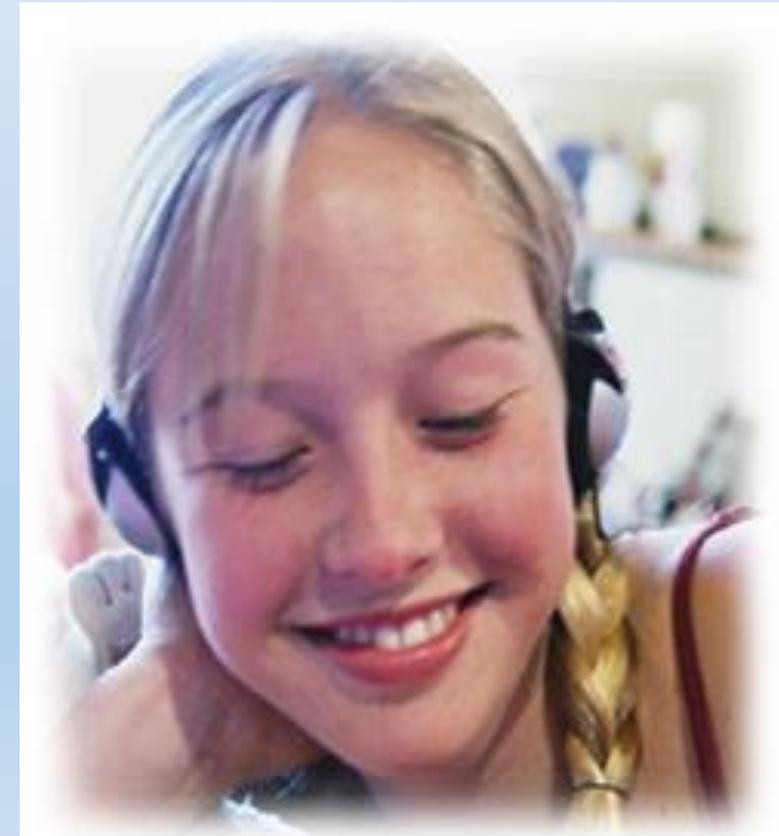
[divajanneth@gmail.com](mailto:divajanneth@gmail.com)

II CONGRESO MESOAMERICANO Y DEL CARIBE DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE,  
Hotel Barceló Bávaro, Punta Cana República Dominicana, 28 de junio al 1 de julio de 2017.



# *Contenido*

- 1. Beneficios de la anticoncepción.*
- 2. Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en países de la Región*
- 3. Evidencia.*
- 4. Criterios elegibilidad OMS*
- 5. Anticoncepción en menores de 14 años.*
- 6. Asesoría en el marco de DSR.*
- 7. Recomendaciones*
- 8. Desafíos.*

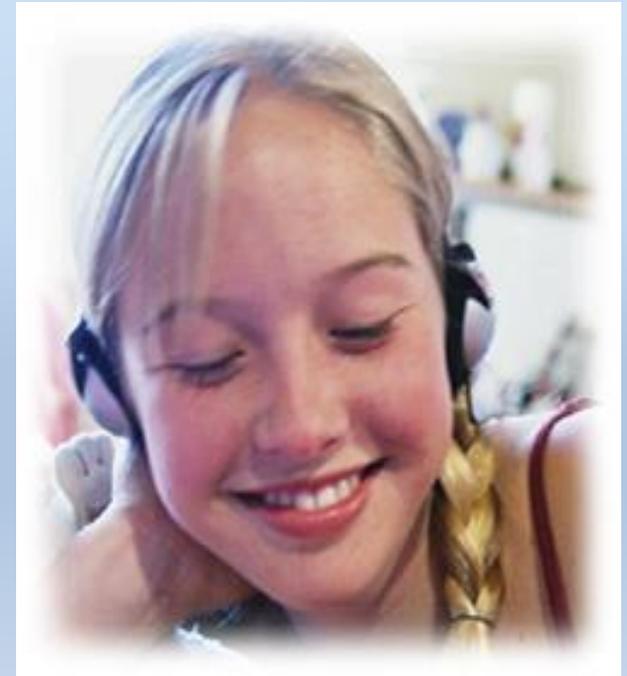


# ***Beneficios de la anticoncepción***

- **Poder de decisión** y una mejor educación, en la vida pública , trabajo y en política, impactando en su bienestar, salud y pobreza; apoyando el **desarrollo de las comunidades**.
- Posibilita **autonomía y autodeterminación** reproductiva de las mujeres, deciden el número de hijos que desean tener.,
- **Evita los embarazos no deseados/no planeados**, incluidos en mujeres de más edad, con mayor riesgo ligados al embarazo.
- **Disminuye** la necesidad de efectuar **abortos** inseguros.
- Permite **espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo** de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.
- Reducción de la mortalidad infantil.
- Prevención de la infección por el VIH y el SIDA
- ***PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO PLANEADOS EN LA ADOLESCENCIA***

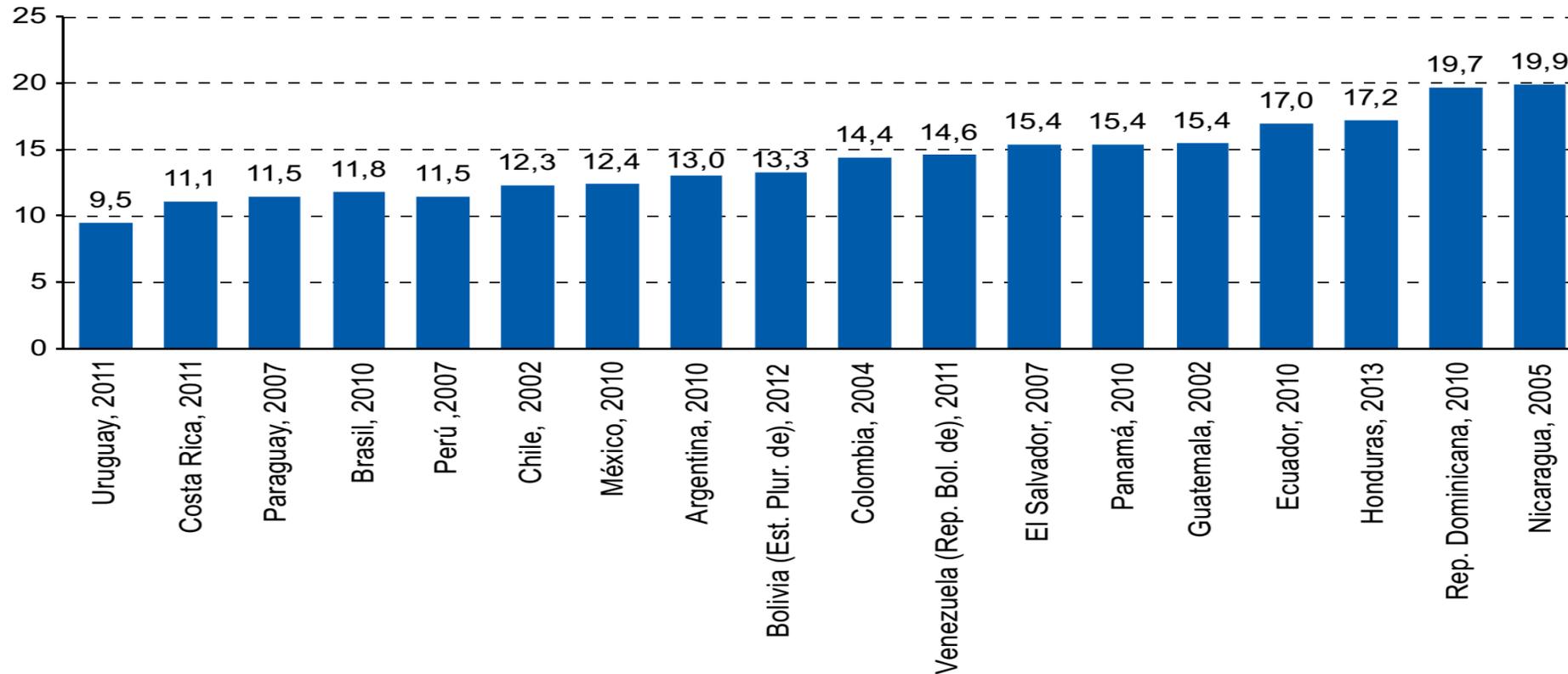
# Contenido

1. *Beneficios de la anticoncepción.*
2. ***Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en países de la Región***
3. *Evidencia.*
4. *Criterios elegibilidad OMS*
5. *Anticoncepción en menores de 14 años*
6. *Asesoría en el marco de DSR.*
7. *Recomendaciones*
8. *Desafíos.*



# Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en países de la Región

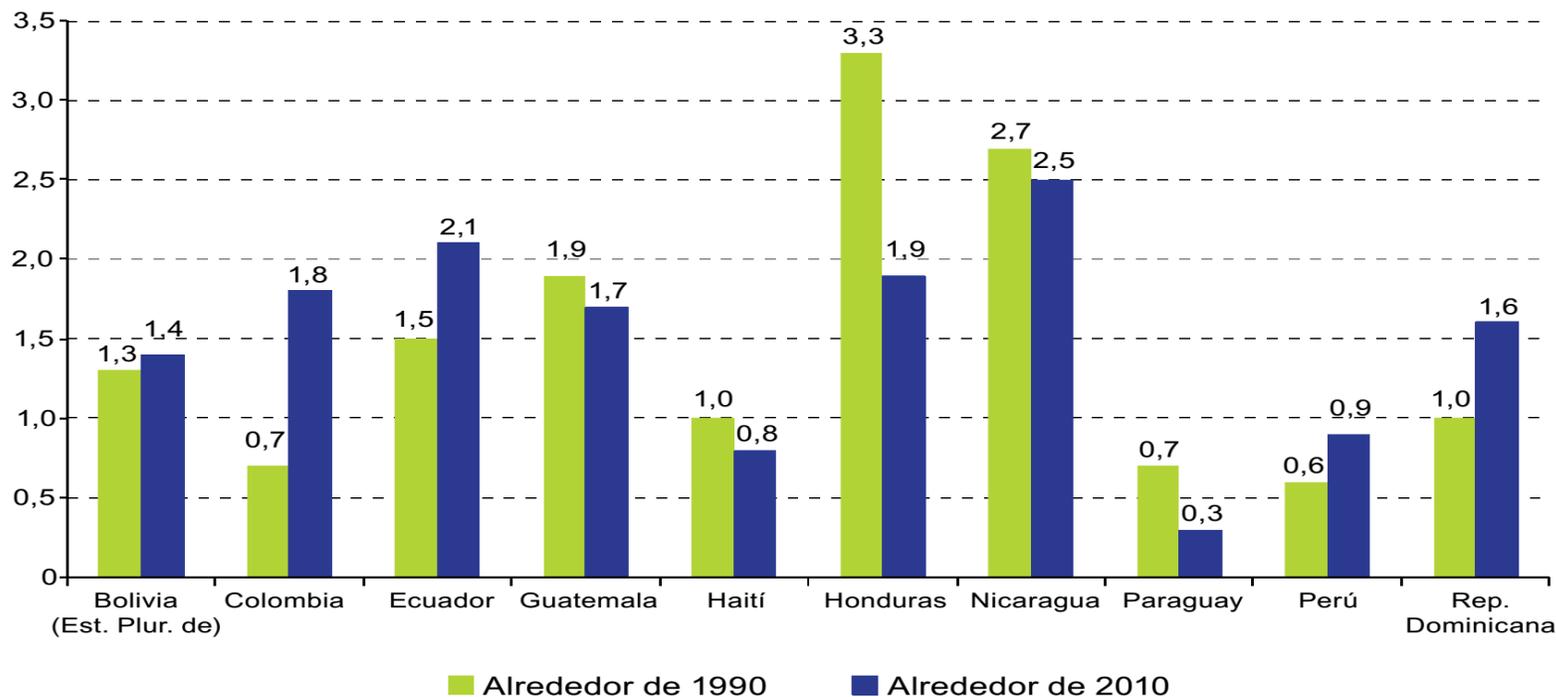
**América Latina (18 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que son madres, alrededor de 2010**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales de población.

# Situación de uso de métodos anticonceptivos en la Región

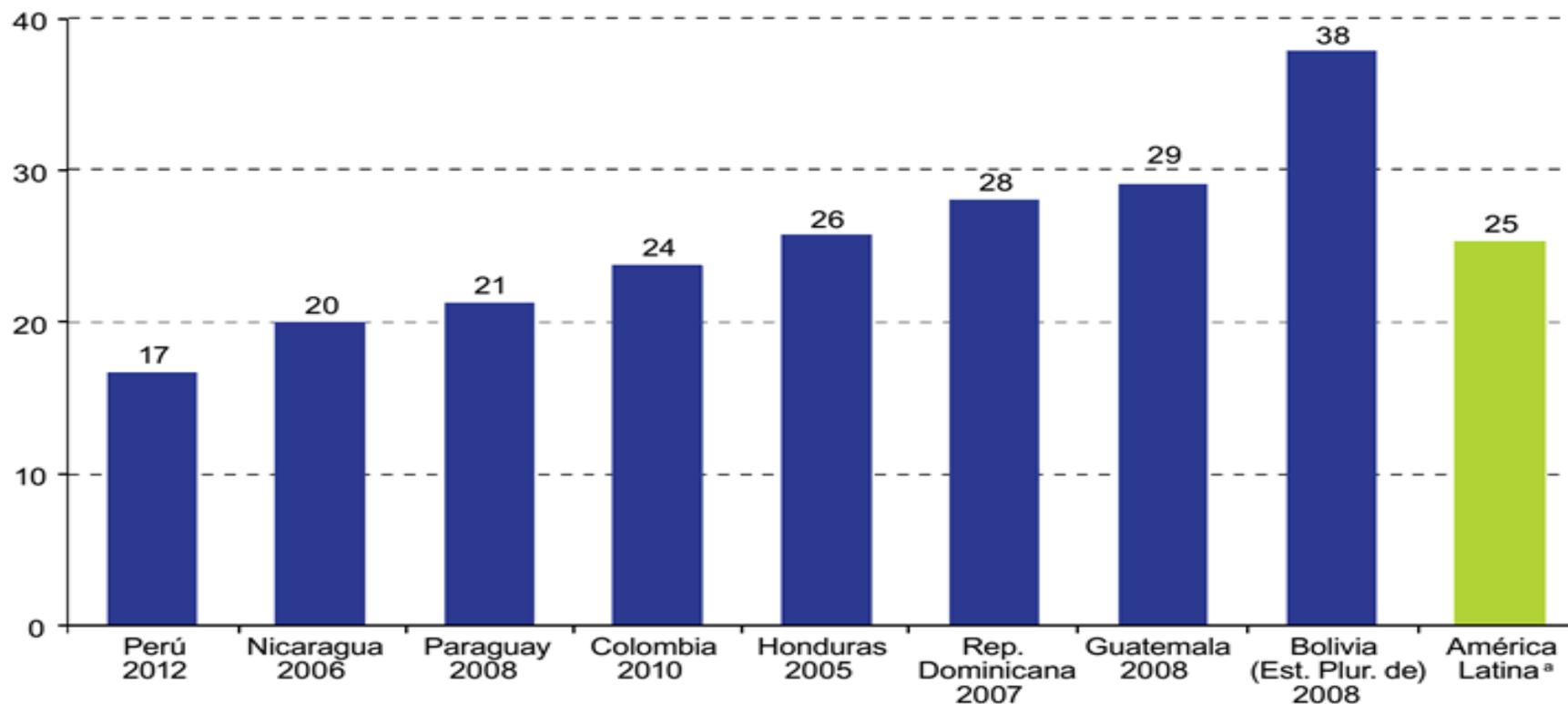
**América Latina y el Caribe (10 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que fueron madres antes de cumplir los 15 años de edad, alrededor de 1990 y de 2010**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Base de datos CEPALSTAT e informes nacionales de encuestas de demografía y salud y de salud reproductiva: Guatemala, dato de alrededor de 2010: cuadro 4.9, V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009; Honduras, dato de alrededor de 1990: cuadro 4-9, Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996; Nicaragua, dato de alrededor de 2010: cuadro 4.7, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud; Paraguay, dato de alrededor de 2010: cuadro 4.7, Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008; Ecuador, dato de alrededor de 2010: cuadro 6.6, Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004.

# Situación de uso de métodos anticonceptivos en la Región

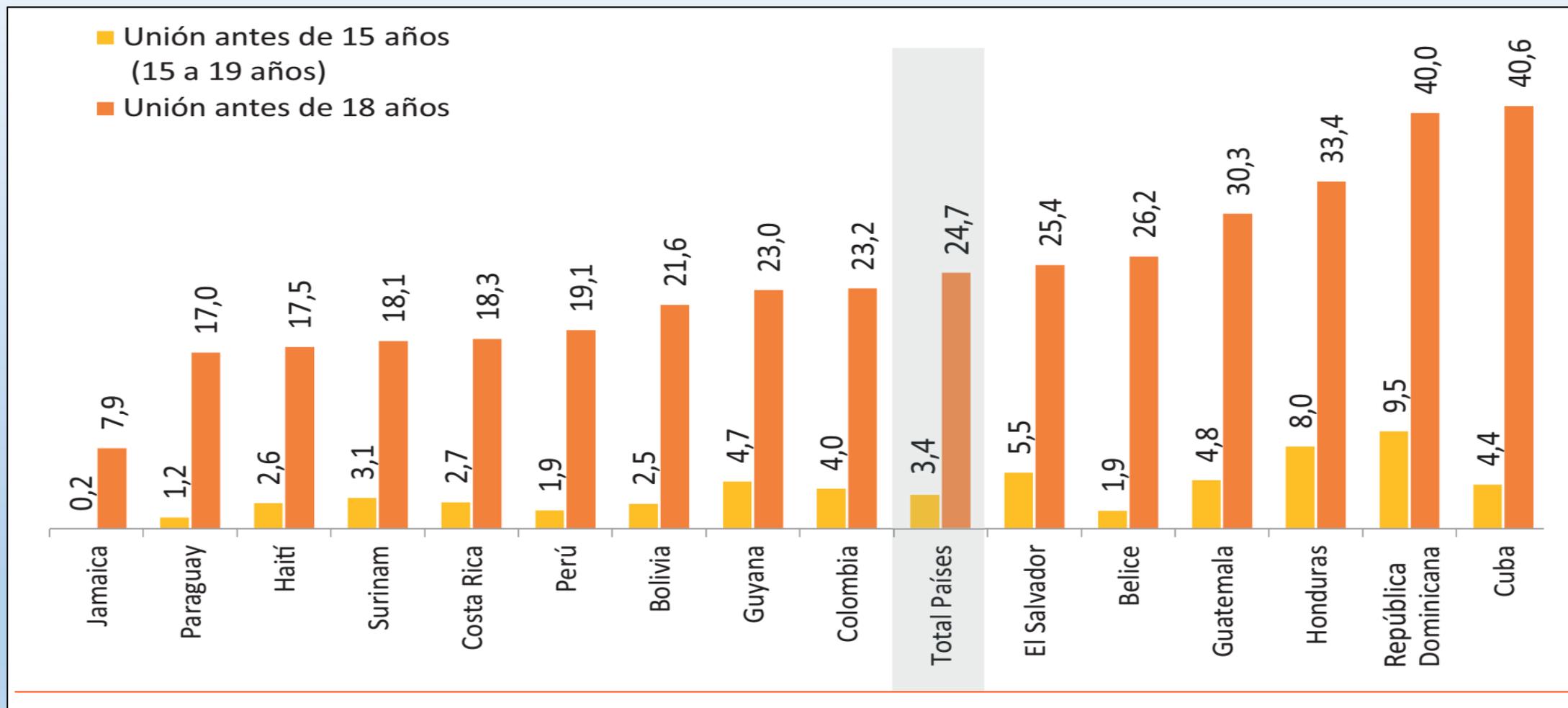
**América Latina (8 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con necesidades insatisfechas de planificación familiar, alrededor de 2010**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de "STATcompiler: The DHS Program" [en línea] <http://www.statcompiler.com> [fecha de consulta: diciembre de 2015].

<sup>a</sup> Promedio simple.

## Mujeres de 15 a 19 años con primera unión conyugal antes de los 15 años y mujeres de 20 a 24 años con primera unión antes de los 18 años por país



## *Adolescentes de 15 a 19 años alguna vez unidas que nunca han usado anticoncepción o lo han hecho después de su primer hijo.*

PAÍS Y AÑO DE LA ENCUESTA	NUNCA USÓ	DESPUÉS DEL PRIMER HIJO	NUNCA USÓ MÁS DESPUÉS DEL PRIMER HIJO
BOLIVIA: 2008	35,0	27,2	62,2
BOLIVIA: 1989	72,6	17,2	89,8
COLOMBIA: 2010	8,0	26,5	34,5
COLOMBIA: 1986	53,5	22,8	76,3
ECUADOR: 2004	26,6	34,1	60,7
ECUADOR: 1987	71,5	18,5	90,0
PERÚ: 2009	12,2	26,4	38,6
PERÚ: 1986	60,0	15,8	75,8

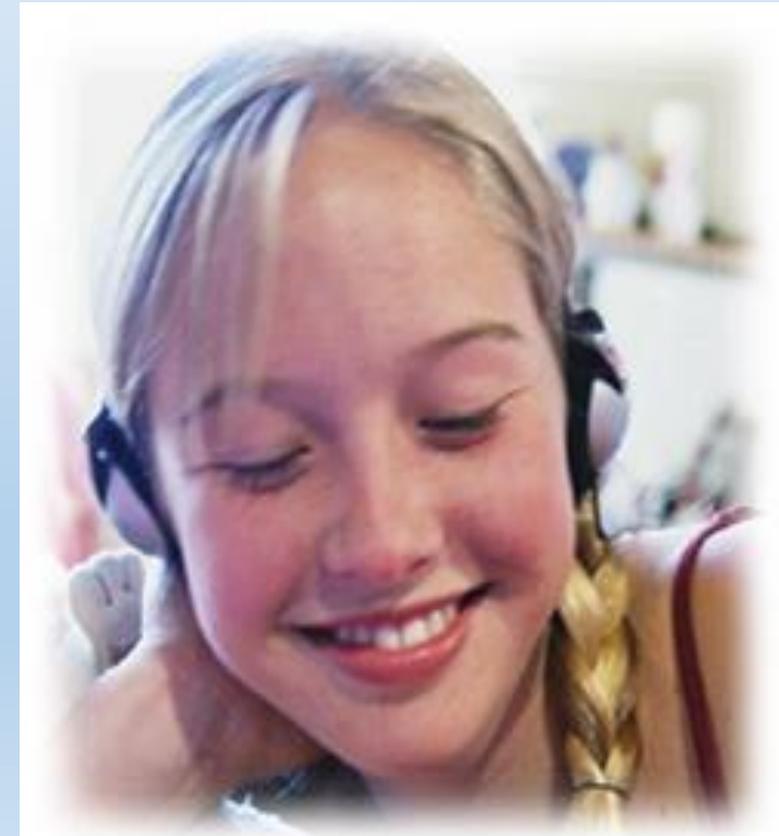
FUENTE: MACRO INTERNATIONAL INC., 2011. MEASURE DHS STAT COMPILER. [HTTP://WWW.MEASUREDHS.COM](http://www.measuredhs.com).

## *Niveles de uso anticonceptivo en adolescentes, en la primera relación sexual*

PAIS	USO DE ANTICONCEPCIÓN MODERNA EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.
BOLIVIA	16,5%
CHILE	58,8%
COLOMBIA	56%
ECUADOR	8,8%
PERÚ	28%
ESPAÑA	85,1%

# Contenido

1. *Beneficios de la anticoncepción.*
2. *Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en países de la Región*
3. ***Evidencia.***
4. *Criterios elegibilidad OMS.*
5. *Anticoncepción en menores de 14 años*
6. *Asesoría en el marco de DSR.*
7. *Recomendaciones*
8. *Desafíos.*



# Lo que dice la EVIDENCIA



Waselburg- Colorado USA. Proyecto durante 6 años de entrega gratuita y masiva de DIU e implantes subdérmicos (LARCS) a adolescentes y mujeres pobres, previa elección  
Resultados: Disminución de un 40% de la tasa de natalidad en adolescentes de 2009 a 2013.

Disminución en las tasas de aborto en adolescentes en un 42%.

Se estima que cada dólar invertido se ahorró \$ 5,85 para el programa de salud materna.

[http://mobile.nytimes.com/2015/07/06/science/colorados-push-against-teenage-pregnancies-is-a-startling-success.html?referrer=&\\_r=3](http://mobile.nytimes.com/2015/07/06/science/colorados-push-against-teenage-pregnancies-is-a-startling-success.html?referrer=&_r=3)



La contracepción es el pilar en la reducción de las tasas de embarazo en adolescentes.

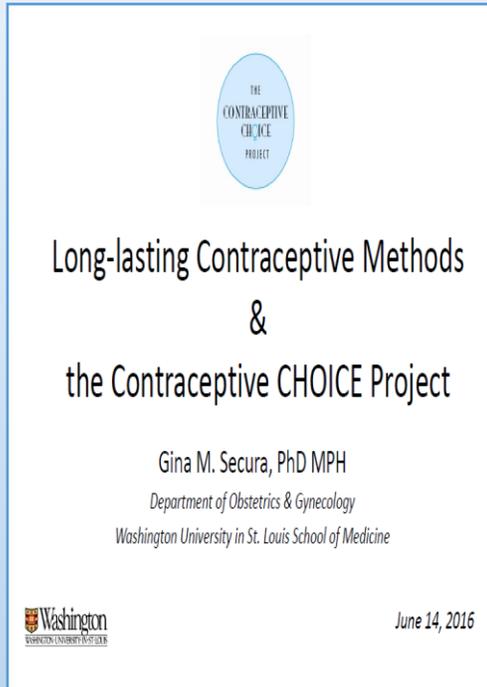
La Academia Americana de Pediatría recomienda LARCS: Implantes subdérmicos, DIU TCu y DIU con levonorgestrel. Tasas de fracaso menores al 1%

# Efectividad de métodos anticonceptivos

Método	Uso perfecto	Uso habitual
Abstinencia periódica	0,4 a 0,5	24
Diafragma	6	12
Condón	2	18
<b>DIU TCU 380-A</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>
Píldora combinada oral	0,3	9
Anillo vaginal NuvaRing	0,3	9
Inyección Depo-Provera	0,2	6
<b>DIU Levonorgestrel (Mirena SIU-LNG)</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>Implante subdérmico Implanon</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>
Ligadura Tubaria	0,5	0,5
Vasectomía	0,10	0,15

Clinical evidence indicates that only one in 2,000 implant users experience an unwanted pregnancy in the first year of use, which makes implants 120 times more effective than injectables and 180 times more effective than oral contraceptives, based on typical use of those methods (Trussell, 2011, cited in Jacobstein & Stanley, 2013).

# ESTUDIO CHOICE DE ANTICONCEPCIÓN



OBJETIVOS DEL PROYECTO CHOICE: Promover LARC (IUDs AND implante)

SUJETOS: Mujeres entre 14-45 años, Residentes en la ciudad de San Louis o en USA, sexualmente activas, con pareja o planes de convertirse en sexualmente activas y deseo de anticoncepción reversible

ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO: Lectura estandarizada de todos los métodos a todas las participantes, independientemente de la edad, Incluidos los métodos reversibles usados comúnmente, **se comenzó por los métodos más efectivos primero**, Uso basado en la evidencia, usando Criterios médicos de elegibilidad CDC, criterios de OMS, y selección de recomendaciones prácticas y Provisión por personal no médico entrenado.

# INGREDIENTES CLAVE



Realizar educación con respecto a todos los métodos, especialmente LARC

Replantear la conversación para empezar con los métodos más eficaces.

El acceso a proveedores que ofrecen y proporcionan métodos anticonceptivos incluidos LARC (preferiblemente el mismo día).

Disipar mitos y aumentar la práctica de la medicina basada en la evidencia.

anticoncepción asequible.

# PRINCIPALES CONCLUSIONES



Los métodos de larga duración son altamente efectivos en la prevención de embarazo independientemente de la edad.

Mayor adherencia a métodos LARC



Las mujeres y las adolescentes eligieron en forma abrumadora LARC



# *Anticoncepción Post Aborto*

Las mujeres que se embarazan dentro de los 6 meses después del último parto, tienen **7,5 veces** más riesgo de **sufrir un aborto inducido** y **1,6 veces de riesgo de muerte fetal**.

La mujer que llega con un aborto provocado o solicitando IVE, expresan su absoluta decisión de no tener un hijo, y si vuelve a embarazarse seguro volverá a abortar.

Se presenta **0,0%**, de embarazo no planeado post inserción inmediata de DIU post aborto y 5,1% con inserción diferida.(Fuente; Cremer y cols. Contraception 83:522, 2011)

- Rápido retorno a la fertilidad luego de un aborto: desde 8 días, en promedio 21 -29, 8 -120 días.

# *Anticoncepción Post Parto*

Prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

Intervención principal que salva vida de madres e hijos (OMS 2012b)

Análisis de datos de encuestas demográficas de 27 países el 95% de las mujeres en el primer año post parto (0 a 12 meses) desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes y sólo el 70% no usan métodos anticonceptivos (Ross & Winfrey 2001).

# *Anticoncepción Post Parto*

La Anticoncepción puede evitar más del 30% de la mortalidad materna y del 10% de la mortalidad infantil con periodos intergenésicos mayores a 2 años (Clealand et al 2006).

Periodos intergenésicos menores a un año, se asocian a mayor riesgo de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, neonatos pequeños para su edad gestacional, (Da Vanzo et al 2007); mayor riesgo de mortalidad infantil. 13% a 24 meses y 25% a los 36 meses. (Rutstein 2008)

*Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas*  
*Electra González A. MSc1a, Temístocles Molina G.1b, Carolina Luttgés D.1c. REV CHIL OBSTET GINECOL 2015; 80(1): 24 - 32*

**Resultados:**

El 92,8% reportó haber recibido alguna forma de educación sexual en el colegio,

un 51,6% reconoció el colegio como principal fuente de información en métodos anticonceptivos.

Tener como fuente principal de conocimiento en métodos anticonceptivos. El colegio fue asociado a inicio sexual más tardío y uso de método anticonceptivo.

*Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas*  
Electra González A. MSc1a, Temístocles Molina G.1b, Carolina Luttges D.1c. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2015; 80(1): 24 - 32

**Conclusión:** Los resultados del estudio muestran que dada la prevalencia de conocimientos anticonceptivos (92,8%) y que solo el 1% de las adolescentes que había recibido educación sexual en sus respectivos colegios se había embarazado podemos afirmar que la educación sexual recibida por las adolescentes del estudio fue al menos adecuada.

## Evaluación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Colombia, 2014.

Econometría S.A. Carolina Murgueito, Elvia Vargas,

Tipo de estudio: cuasiexperimental-

Muestra: 2332 encuestas a AYJ de 14 a 24 años. 100 servicios visitados de 48 municipios y 29 departamentos. 55 encuestas a funcionarios, 4 grupos focales.

Decisión de uso de servicios, *vida sexual activa*;

Las *mujeres usan más* los servicios.

A mayores años de educación, mayor utilización de los servicios.

Hablar a los más jóvenes sobre SSR puede motivarlos a buscar información, orientación y apoyo oportunamente.

El uso de cualquier método moderno y/o condón es superior en las últimas 4 semanas tras haber sido expuesto a los SSAAJ, que en la primera relación sexual.

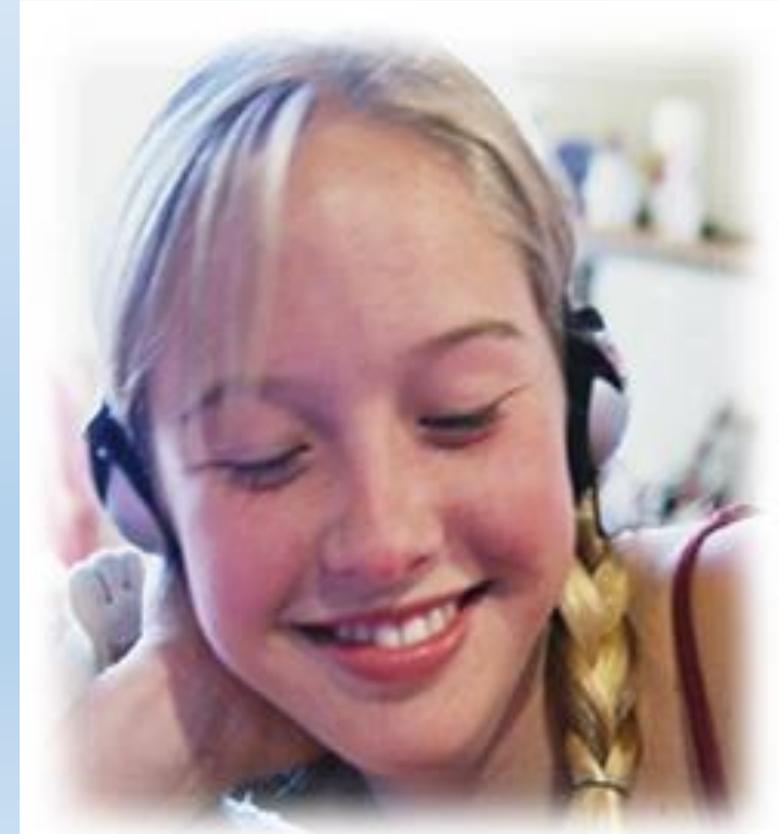
El uso de cualquier método moderno es superior entre los usuarios de actividades individuales en SSAAJ que entre los participantes de actividades colectivas,.

Uso de condón es inferior. Hay más cuidado con el Embarazo que con la transmisión de ITS

Los usuarios más jóvenes exhiben mejores prácticas que sus mayores.

# Contenido

1. *Beneficios de la anticoncepción.*
2. *Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en países de la Región*
3. *Evidencia.*
4. ***Criterios elegibilidad OMS***
5. *Anticoncepción en menores de 14 años*
6. *Asesoría en el marco de DSR.*
7. *Recomendaciones*
8. *Desafíos.*



# *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta Edición de la OMS (2015)*

- 1**
  - Una condición para la cual no exista ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo.
- 2**
  - Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados.
- 3**
  - Una condición en la que los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que las ventajas de usar el método.
- 4**
  - Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.



# ***Crterios de Elegibilidad de la OMS***

## **Recomendaciones para la edad**

	<b>AOC/ PAC/ AVC</b>	<b>AIC</b>	<b>AOPS Implantes</b>	<b>AMPD EN-NET</b>	<b>DIU Cu / LNG</b>
a) Menarca a < 40 años b) ≥ 40 años	1 2	1 2			
a) Menarca a < 18 años b) 18 a 45 años c) > 45 años			1 1 1	2 1 2	
a) Menarca a < 20 años b) ≥ 20 años					2 1

# CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

## Adolescentes y el DIU

	DIU-Cu	DIU-LNG
a) Menarca a < 20 años	2	2
b) ≥ 20 años	1	1

**Evidencia:** El riesgo de embarazo, infección y perforación uterina son bajos entre las usuarias del DIU a cualquier edad. No parecen estar asociados con la edad, el sangrado o las extracciones por sangrado abundante. Las mujeres jóvenes que usan los DIU-Cu pueden tener un mayor riesgo de expulsión en comparación con las usuarias de más edad.

# CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

## Adolescentes y Anticoncepción de Emergencia

- ❑ Las adolescentes y mujeres adultas en edad reproductiva pueden necesitar anticoncepción de emergencia en algún momento para evitar un embarazo no planeado.
- ❑ Todas las mujeres y niñas, independientemente de su edad, pueden usar píldoras anticonceptivas de emergencia.
- ❑ El distribuidor del acetato de ulipristal en México contraindica su uso en menores de 18 años.
- ❑ El DIU de cobre puede insertarse dentro de los primeros cinco días de la relación sexual sin protección como anticoncepción de emergencia.

# Criterios de Elegibilidad de la OMS

## Esterilización quirúrgica

CONDICIÓN	CATEGORÍA
A = aceptar C = cuidado R = retrasar E = especial	
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	
EMBARAZO	R
EDAD JOVEN	C
PARIDAD	
a) Nulípara	A
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	A

20%  
arrepentimiento

## En resumen

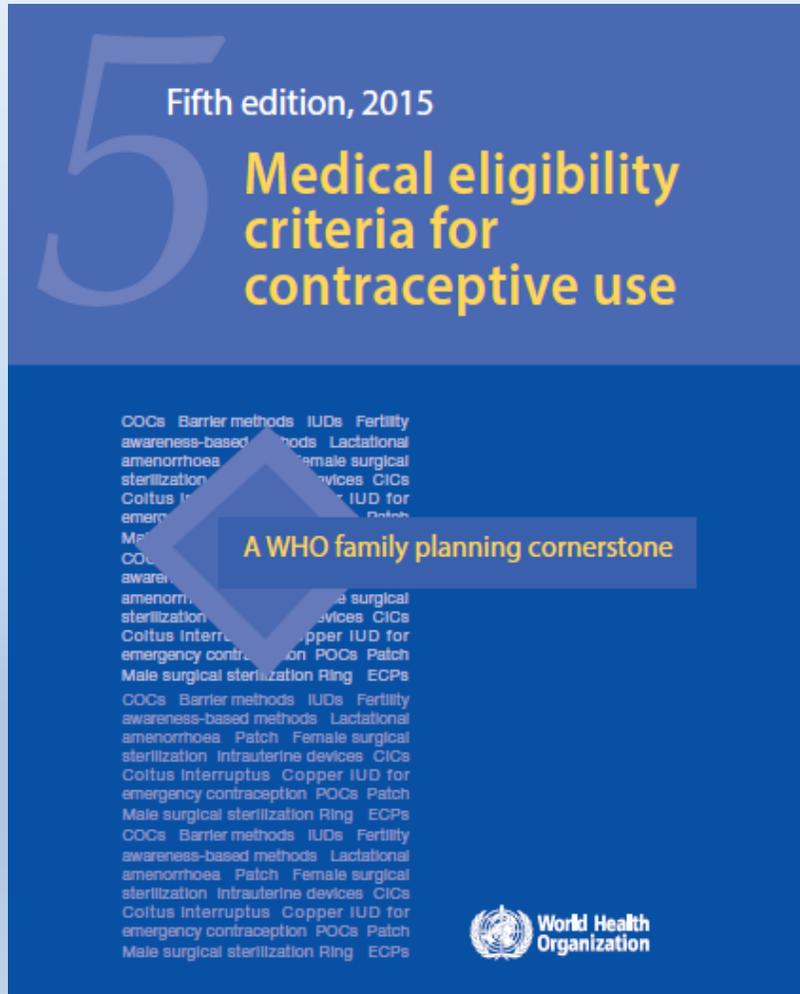
- Las adolescentes son generalmente elegibles para usar **TODOS** los métodos anticonceptivos temporales y anticoncepción de emergencia de manera eficaz y reversible.

# Guía para evaluar si una mujer está o no embarazada

Criterios
1. No ha tenido relaciones sexuales desde la última Menstruación normal
2. Ha utilizado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
3. Está dentro de los primeros 7 días después de la menstruación.
4. Está dentro de las primeras 4 semanas post parto (mujeres no lactantes)
5. Está dentro de los primeros 7 días después del aborto o aborto espontáneo.
6. Está amamantando total o casi completamente, está amenorreica, y menos de seis meses post parto

*Es válido suministrar métodos  
anticonceptivos a menores de 14 Años?  
Aspectos legales y éticos*

# Suministro de anticonceptivos modernos para adolescentes



“ En general, los adolescentes tienen derecho a utilizar todos los mismos métodos de anticoncepción que los adultos, y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad por sí sola no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes”

CME

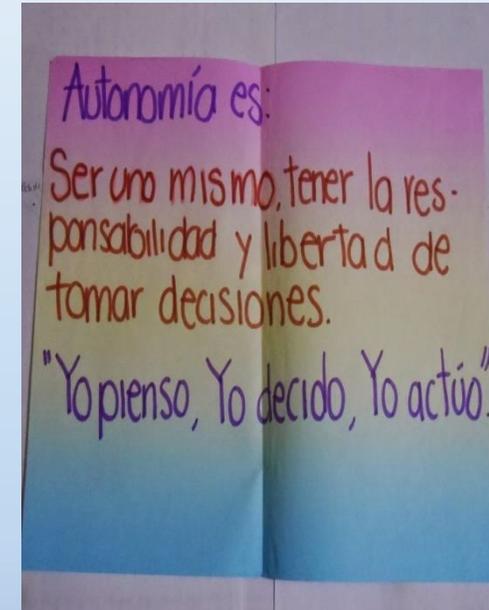
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf)

No EXISTE prohibición explícita de formular, o entregar métodos anticonceptivos temporales a menores de 14 años, en ninguna circunstancia

# Los y las Adolescentes como SUJETOS DE DERECHOS.

## Autonomía Progresiva

- ✓ Adquisición paulatina.
- ✓ Capacidad de formarse un juicio propio: habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule.
- ✓ Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles: manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.
- ✓ La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión.

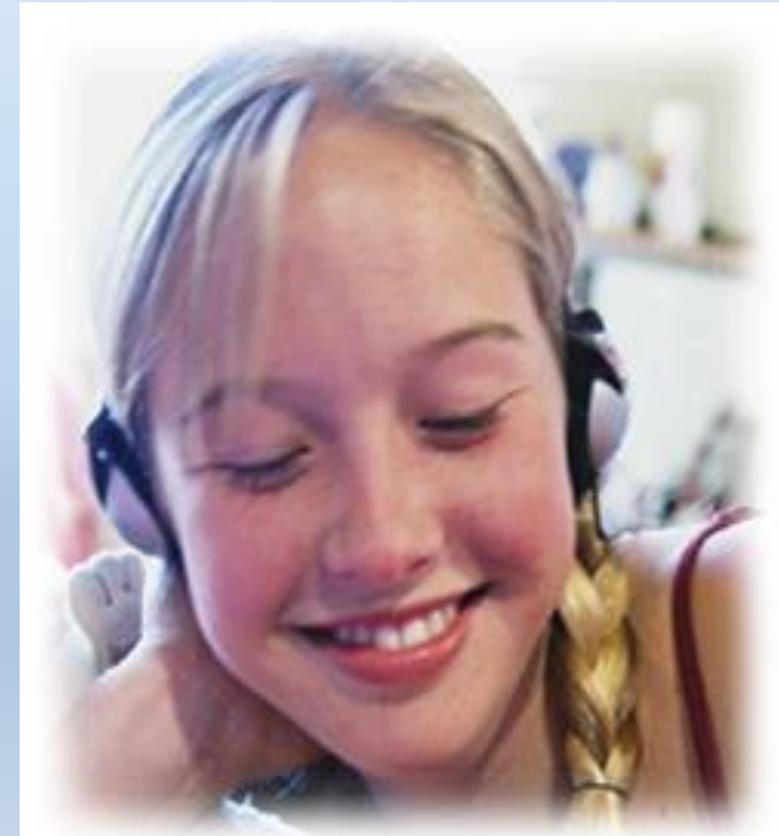


# Qué hacer?

1. Evaluar las condiciones físicas y psíquicas del-la menor de edad, entre otros, los aspectos relacionados con la madurez volitiva y sexual. (Autonomía Progresiva)
2. Indagar y detectar en primera instancia que ese menor o esa menor no esté siendo víctima de una relación abusiva.
3. Detectar la posibilidad de que se encuentra en el marco de una explotación sexual comercial infantil.
4. Activar la ruta de prevención de víctimas de violencia sexual (Resolución 0459/2012)
5. Indagar riesgo de embarazo no planeado que pueda poner en riesgo la vida o salud de la menor.
6. Entregar información adecuada acerca de la sexualidad y la reproducción incluida información sobre métodos anticonceptivos.
7. Prescribir método anticonceptivo de acuerdo con la elección de la adolescente.

# Contenido

1. *Beneficios de la anticoncepción.*
2. *Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en países de la Región*
3. *Evidencia.*
4. *Criterios elegibilidad OMS*
5. *Anticoncepción en menores de 14 años*
6. **Asesoría en el marco de DSR.**
7. *Recomendaciones*
8. *Desafíos.*



# Marco de Derechos sexuales y reproductivos y efectos de la no garantía

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

### 1. Derecho a la autonomía reproductiva

La autodeterminación reproductiva reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia.

**Libertad**  
La libertad de conciencia del Estado garantiza, las Iglesias no intervienen

***AUTONOMÍA***

***CONFIDENCIALIDAD***

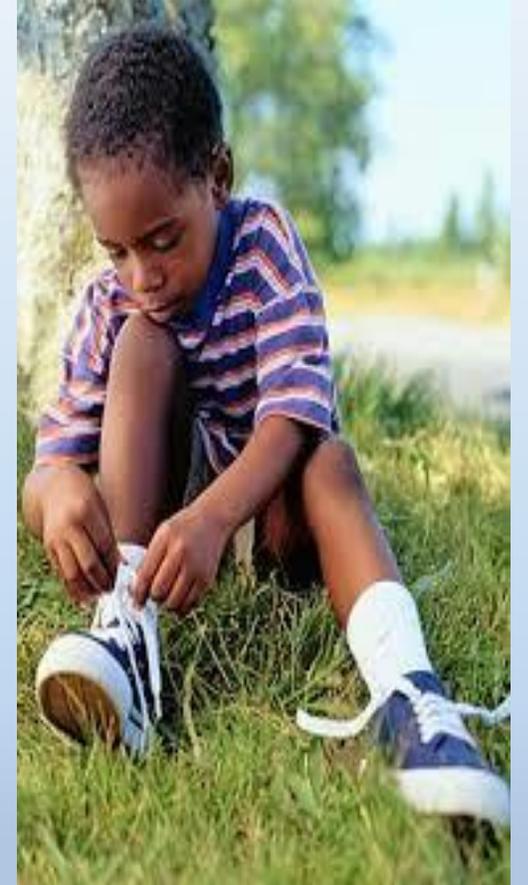


***COMPETENCIA***

***CAPACIDAD***

***CONSENTIMIENTO***

***ASENTIMIENTO***



# *Asesoría en el marco de los DSR.*

## **Comportamiento no deseable**

- Ordenar, dirigir
- Amenazar
- Retar
- Dar Consejos
- Moralizar, sermonear o decir lo que debería hacer
- Juzgar, criticar o culpabilizar.
- Interpretar.
- Minimizar los sentimientos o situaciones que para el adolescente o joven son importantes.
- No preocuparse de su autocuidado.
- Sobreparar los límites de la intervención

# *Mejorar la calidad de la asesoría anticonceptiva*

Talento humano: Profesional debidamente capacitado en anticoncepción

Contenido mínimo de la consejería para **elegir** método anticonceptivo

- Información en derechos en salud sexual y salud reproductiva
- Indagar sobre requerimientos anticonceptivos
- Descripción del funcionamiento del sistema reproductivo.
- Información sobre **todos los métodos** anticonceptivos comenzando por los más efectivos
- Acompañamiento en elección informada

*Énfasis para evitar discontinuación del método, educar a la usuaria en:*

- Signos de alarma frente al uso del método,
- Manejo en casa de posibles efectos secundarios,
- Recordar que los métodos Anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA) es necesario el uso de condón.
- Educar en el uso de anticoncepción de emergencia

# Estudio CHOICE anticoncepción

## TARJETA PARA ASESORÍA ANTICONCEPTIVA EN COLOMBIA

MÉTODOS / OPCIONES	 DIU T de Cu	 DIU (Hormonal)	 Implante	 Inyección trimestral 3m	 Inyección mensual 1m	 Anillo vaginal	 Parche	 Pastillas	 Condón / Preservativo
PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD CON USO TÍPICO	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>94%</b>	<b>94%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>	<b>82%</b>
¿CUÁNTO TIEMPO DURA?	Hasta 12 años	De 3 a 5 años	Hasta 5 años	Tres meses	Un mes	Hasta 1 mes	Hasta una semana	Un día	Un encuentro sexual
¿CÓMO SE DEBE EMPEZAR?	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito por un(a) profesional de la medicina o la enfermería Se puede adquirir en la farmacia	Debe ser prescrito por un(a) profesional de la medicina o la enfermería Se puede adquirir en la farmacia	Debe ser prescrito por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Puede ser entregado en consulta de anticoncepción o adquirir en farmacias o almacenes de cadena
¿QUÉ DEBE HACER LA USUARIA?	Acudir a citas de control programadas	Acudir a citas de control programadas	Acudir a citas de control programadas	Acudir cada seis meses a solicitar suministro	Acudir cada tres meses a solicitar suministro	Colocar el anillo en la vagina y cambiarlo cada mes	Colocar el parche en la piel y cambiarlo cada semana	Tomar una pastilla cada día	Debe usar un solo condón por cada encuentro sexual
POSIBLES CAMBIOS EN EL SANGRADO MENSTRUAL	Periodos con sangrado intenso que vuelven a la normalidad de 3 a 6 meses	Periodo irregular, leve o inexistente	Periodo no frecuente, irregular, extendido e inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles	Ninguno
POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS	Cólicos ocasionales que usualmente mejoran de tres a seis meses	Cólicos ocasionales durante y luego de la colocación, manchas	Dolor leve en el sitio de la colocación, variaciones de peso	Variaciones de peso en algunas mujeres	Variaciones de peso en algunas mujeres	Náuseas o sensibilidad en los senos en algunas mujeres	Náuseas o sensibilidad en los senos. Reacción en el sitio de aplicación en algunas mujeres	Náuseas o sensibilidad en los senos en algunas mujeres	Reacción alérgica al látex (material de la mayoría de los condones)
TIEMPO DE RETORNO A LA FERTILIDAD	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Inmediato, luego de la remoción del anillo	Inmediato, luego de la remoción del parche	Inmediato luego de suspender la ingesta de pastillas	Inmediato, no se requiere ninguna acción

ESTOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO PREVIENEN INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL, POR LO TANTO DEBE USARSE CONDÓN MASCULINO O FEMENINO EN CADA RELACIÓN SEXUAL

# CONSIDERACIONES Y BENEFICIOS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

 DIU TdeCu	 DIU (Hormonal)	 Implante	 Inyección trimestral 3m	 Inyección mensual 1m	 Anillo vaginal	 Parche	 Pastillas	 Condón / Preservativo
Puede mantenerse en privado. Se puede usar como anticonceptivo de emergencia.	Puede mantenerse en privado. Ayuda a disminuir los periodos menstruales dolorosos e intensos.	Puede mantenerse en privado. Ayuda a disminuir los periodos menstruales dolorosos e intensos.	Puede mantenerse en privado. Mejora los cólicos menstruales.	Puede mantenerse en privado. Mejora los cólicos menstruales.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede generar periodos más cortos y leves.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede generar periodos más cortos y leves.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede evitar periodos intensos, cólicos y acné.	Protege contra las infecciones de transmisión sexual si es utilizado adecuadamente y consistentemente.

## EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA:

Los anticonceptivos de emergencia son una manera segura y efectiva de prevenir embarazos no deseados luego de haber tenido sexo sin protección. **Consulte a un profesional de la salud en caso de necesitar anticoncepción de emergencia.**

## ELEGIBILIDAD MÉDICA:

Aunque la totalidad de métodos anticonceptivos son seguros, no todos son adecuados para todas las mujeres. Se requiere realizar una consulta y revisión del historial médico para escoger el anticonceptivo más adecuado a las circunstancias de cada mujer.

## CUIDADOS DE SEGUIMIENTO:

En caso de experimentar problemas con el método anticonceptivo que se está usando o tener preguntas es necesario realizar una consulta médica.

Para mayor información acerca de un método específico, se puede contactar con:

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

La información utilizada en esta herramienta fue obtenida de las principales instituciones de salud pública. Los estudios están basados en la comunidad y la investigación participativa. Adaptado para Colombia del estudio Choice CDC de Atlanta. (Tarjeta para consejería paciente) por el Convenio 638-2015 UNFPA\_MSPS

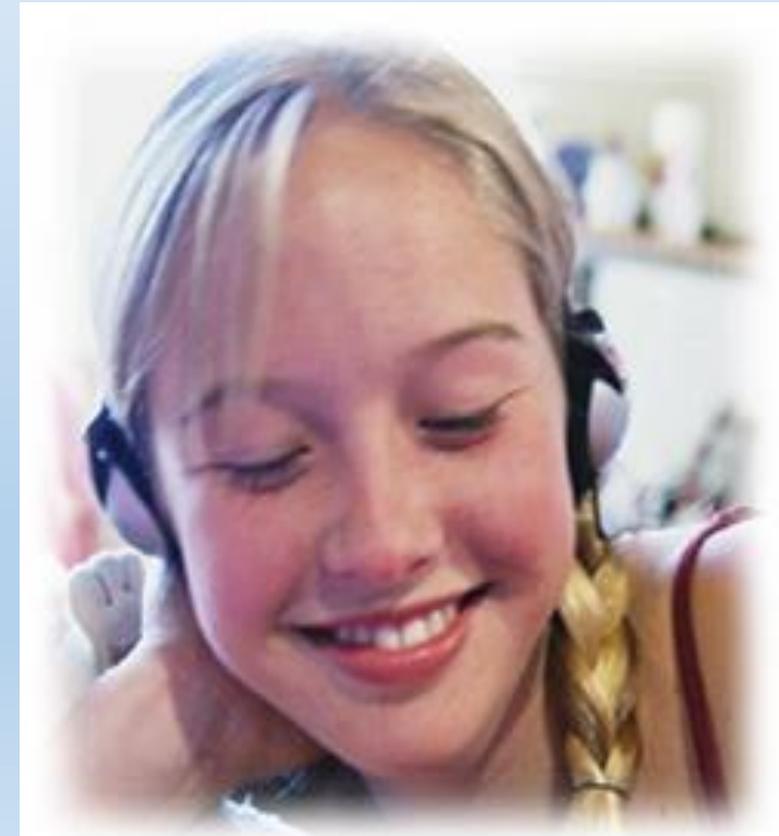
 MINSALUD

 **TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

 UNFPA  
Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

# Contenido

1. *Beneficios de la anticoncepción.*
2. *Situación de embarazo y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, en países de la Región*
3. *Evidencia.*
4. *Criterios elegibilidad OMS*
5. *Anticoncepción en menores de 14 años*
6. *Asesoría en el marco de DSR.*
7. **Recomendaciones**
8. **Desafíos.**



# *Recomendaciones sobre anticoncepción a adolescentes basadas en la evidencia*

- i. Garantizar la confidencialidad, sin prejuicios, en una Asesoría en el marco de derechos, informando sobre todos los métodos disponibles, que son seguros y apropiados para ellas y describir los más efectivos en primera instancia.
- ii. Buscar que madres y padres se hagan parte importante del proceso en la medida de lo posible. Convertirlos en aliados.
- iii. Buscar la mayor adherencia a los métodos anticonceptivos..

Línea amiga  
salud@ble

444 44 48



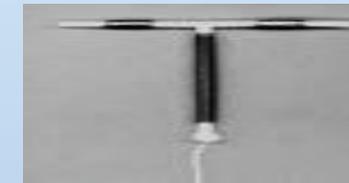
# Recomendaciones sobre anticoncepción a adolescentes basadas en la evidencia

iv. Los métodos más efectivos para las adolescentes son los de largo plazo (LARCS) Dispositivos intrauterinos (TCu y recubiertos de levonorgestrel) e implantes subdérmicos de levonorgestrel y Etonorgestrel.



Sistema intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG), efectivo por 3 - 5 años<sup>1</sup>

v. No retrasar el suministro de los métodos anticonceptivos, por exámenes de laboratorio injustificados (citología vaginal, prueba de embarazo)



Dispositivo intrauterino de Cobre 380A (DIU), efectivo por 10 años<sup>3</sup>



Implante subdérmico, efectivo por 3 años y 5 años

# Recomendaciones sobre anticoncepción a adolescentes basadas en la evidencia

- vi. Fomentar el uso correcto y consistente del condón en todas las relaciones sexuales.
- vii. Informar sobre la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia en casos de fallas o relaciones sexuales no protegidas y debe ser suministrada en los servicios de consulta prioritaria o urgencias.



<https://youtu.be/HCovMOI-o2Y>



# *Recomendaciones sobre anticoncepción a adolescentes basadas en la evidencia*

- vii. En adolescentes entre 14 y 18 años, no se debe solicitar acompañamiento de persona adulta para la prescripción de métodos anticonceptivos.
- viii. En adolescentes menores de 14 años, que solicitan de manera voluntaria un método anticonceptivo en los servicios de salud, le corresponde examinar cada caso en concreto, tener en cuenta la evolución de sus capacidades, la urgencia del tratamiento, su impacto, verificar que cumple con la protección del interés superior del niño o la niña y obrar en razón de la necesidad, adecuación, proporcionalidad y razonabilidad, que le dicte su conocimiento y su conciencia



# *Desafíos*

- ❖ Calidad de los servicios sea alta, para garantizar acceso permanente y adherencia al uso
- ❖ Ofrecer un servicio que esté mucho más en sintonía con los cambios en el comportamiento sexual.
- ❖ Una mayor variedad de opciones en cuanto a la combinación de métodos que utilizan, la gradación en las dosis de hormonas y la posibilidad de recurrir al condón femenino,
- ❖ Necesidad de incorporar el método quirúrgico voluntario para hombres;
- ❖ Atención en zonas rurales y marginadas.
- ❖ Atención post evento obstétrico



Como no amar a Colombia si es  
el unico pais donde Dios le pinta  
la bandera en su cielo.

***Gracias***