Artículo de revisión
Acta Pediátr Mex 2014;35:490-498.

Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia

Selene Sam-Soto[1]
Mauricio Osorio-Caballero[2]
Rosa Estela Rodríguez- Guerrero[3]
Norma Paulina Pérez-Ramírez[3]

[1] Médico adscrita a la Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente.
[2] Médico adscrito al servicio de Planificación familiar.
[3] Residentes de quinto año de la subespecialidad en Biología de la Reproducción Humana.
Instituto Nacional de Perinatología, México, D.F.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, se trata de un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. En términos de salud sexual y reproductiva los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad. Los riesgos y consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas en los adolescentes son motivo de preocupación nacional. En México, de acuerdo con el último censo nacional de población y vivienda en el 2010, los jóvenes de entre 12 y 19 años de edad representan 15.6% de la población.

De forma general, la educación sexual en nuestro país ha carecido de una visión integral, no existe una cultura de prevención desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos, salud sexual o equidad de género; y las consecuencias de esta insuficiencia se observan en los indicadores de salud de nuestra población. Es necesaria una revisión actualizada de las conductas sexuales en los adolescentes y de las guías actuales de anticoncepción para poder diseñar programas efectivos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados en este sector.

Palabras clave: educación sexual, comportamiento sexual, sexualidad, anticoncepción, adolescentes, adolescencia.

Sexual behaviour and contraception in adolescents

ABSTRACT

The World Health Organization defines the adolescence as the period between 10 and 19 years old. It is a critical developmental period, in which major physical, psychological, emotional and social changes take place. In terms of sexual and reproductive health, adolescents are considered a vulnerable group. Several risks and negative consequences of unprotected sexual relations are worrisome nationwide. According to the Mexican National Survey carried in 2010, 15.6% of Mexico's population are adolescents. Sexual education in Mexico is not uniform and lacks an integral vision. There is no culture of prevention with respect to sexual and reproductive rights, sexual health, nor gender equality focused on adolescents. The consequences of these gaps are evident in our health indicators. We consider there is an urgent need to address this issue in an updated, integrative and age-focused manner in order to develop effective programs and diminish consequences such as unwanted pregnancies.

Key words: sexual behaviour, reproductive behaviour, sexuality, contraception, adolescent, adolescence.

Recibido: 1 de octubre 2014

Aceptado: 13 de octubre 2014

Correspondencia: Dra. Selene Sam Soto
Instituto Nacional de Perinatología
Montes Urales no. 800
Col. Lomas Virreyes
CP. 11000, México D.F.
selenesams@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodríguez-Guerrero RE, Pérez-Ramírez NP. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta Pediat Mex 2014;35:490-498.

INTRODUCCIÓN

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual: 23% comparado con 15% del 2006. La encuesta mostró que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes pues 90% reportó tener conocimiento de algún método de planificación familiar. Las cifras de adolescentes que iniciaron vida sexual sin protección disminuyó de 79.1% en el 2000: en las mujeres a 33.4% en el 2012 y en hombres de 47.5% a 14.4%, respectivamente. Entre los métodos más utilizados por este último grupo se ubica el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de anticonceptivos hormonales. A pesar del uso inicial de algún método anticonceptivo del total de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales 51.9% reportó haber estado alguna vez embarazada.

En relación con la demanda insatisfecha de anticonceptivos, las adolescentes y jóvenes unidas son el grupo de mujeres más expuesto a un embarazo al no usar métodos anticonceptivos, a pesar de no desear tener hijos por un tiempo o nunca más, mientras que en las mujeres unidas de 15-49 años de edad un 9.8% no deseaba tener más hijos, pero no se protegían; entre las adolescentes unidas de 15-19 años de edad este porcentaje es del 24.6%. Esta demanda insatisfecha es más frecuente en zonas rurales, en mujeres sin escolaridad y en hablantes de lenguas indígenas. El uso de un anticonceptivo después de un evento obstétrico sigue siendo un reto incumplido: hasta 52% de las adolescentes no recibió ningún método de planificación familiar después de su último parto o aborto; a nivel nacional se propone como meta que por lo menos 70% de las mujeres adopte un anticonceptivo después de un evento obstétrico.[1-3]

En el Instituto Nacional de Perinatología contamos con una Clínica de Medicina de la Adolescente en la que se atiende de forma integral a todas las mujeres embarazadas menores de 16 años, en todas las pacientes marcamos la importancia del uso de un método anticonceptivo para retrasar un nuevo embarazo y así crear conciencia de la importancia de continuar, el mayor tiempo posible, la anticoncepción. En la actualidad, hemos logrado una cobertura anticonceptiva de cerca de 97% de las pacientes con un método de larga duración, posterior al evento obstétrico.

Embarazo adolescente y mortalidad materna

El embarazo adolescente en México tiene una tendencia a la alza imparable, de acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI en el 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; de ellos 473 mil de madres menores de 19 años de edad. Esta cifra equivale a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 nacidos vivos en el 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes. La tasa de fecundidad en 2011, de las mujeres entre 12 y 19 años, fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres y de éstas hasta 40% no planearon ni desearon el embarazo.[4]

La mortalidad materna también es un problema grave para las adolescentes. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años o más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. Si analizamos los datos relativos a las defunciones femeninas registradas en 2010 por el INEGI observamos que, en el grupo de 15 a 19 años, las defunciones por causas maternas explican 3.64% de todas las muertes en este grupo, ubicándose como la cuarta causa por la que más fallece esta población, sólo después de los accidentes de tránsito (10%), los suicidios (8.5%) y los homicidios (7%).

Las muertes maternas en adolescentes representan 13% de todas las registradas en el país. En

el 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años es de 53.4 y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100 000 nacidos vivos. Asimismo, el número de defunciones asociadas con la maternidad por cada 100 000 nacidos vivos ha aumentado entre las adolescentes. En mujeres indígenas, de entre los 15 y 24 años de edad, la mortalidad materna es la primera causa de defunción, duplicando la de las mujeres no indígenas.[2,5,6]

El embarazo no planeado es común en la mujer adolescente y con frecuencia termina en un aborto clandestino. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas más avanzadas del embarazo, aumentando con esto su riesgo reproductivo. La mortalidad materna atribuida a esta causa, si bien es baja, es improbable que disminuya, a menos que las mujeres tengan acceso a servicios anticonceptivos adecuados, así como al aborto legal y seguro. En 2007, la Asamblea Legislativa del Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo. Las cifras de los primeros 3 años indican que 5.1% de las usuarias tienen entre 11 y 17 años y 12% entre 18 y 26 años de edad. El grupo principal es el de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%); el 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (< 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad (32%).[2,7]

Prevención de infecciones de transmisión sexual

Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como la promiscuidad y la falta de consistencia en el uso del preservativo, los expone a adquirir una infección de transmisión sexual con importantes consecuencias negativas sobre su salud: riesgo de adquirir VIH/sida, infertilidad, complicaciones en el embarazo e incluso la muerte.

En México las infecciones de transmisión sexual (ITS) se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad. Es importante considerar que la mayoría de los jóvenes no usan siempre el preservativo y que éste sólo protege el área que cubre, uno de cada 250 preservativos es defectuoso y se puede romper (8%) o salirse (7%) de acuerdo con la *Food and Drug Administration* de Estados Unidos. Las publicaciones demostraron que la protección del preservativo contra las infecciones de transmisión sexual no es de 100%; la protección contra VIH/sida en parejas heterosexuales serodiscordantes es de 80% y para el virus del papiloma humano de 70%.[8]

Anticoncepción en la adolescencia

En general, con la excepción de la esterilización masculina y femenina, todos los métodos que sean apropiados para los adultos sanos también son apropiados para los adolescentes sanos. Antes de discutir las opciones anticonceptivas los adolescentes deben tener la oportunidad de expresar sus necesidades y decidir libremente el protegerse contra un embarazo. El diálogo entre los adolescentes y los miembros del equipo de salud debe estructurarse para ayudar al adolescente a tomar una decisión informada, voluntaria y adecuada a sus circunstancias particulares. Al seleccionar un método cada adolescente debe tener en cuenta sus conductas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, eficacia del método, la capacidad para cumplir con el uso, de tolerar los efectos secundarios y el costo, así como actitudes y factores personales adicionales que pueden influir en la decisión del uso del método anticonceptivo y su cumplimiento.

Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Los criterios médicos de elegibilidad para la indicación de los anticonceptivos, recomenda-

dos por la Organización Mundial de la Salud, son una herramienta útil que se sustenta en la medicina basada en evidencia y proporcionan una base para la consejería y prescripción anticonceptiva. La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM) basa sus recomendaciones en los criterios de elegibilidad mencionados.[9] La prescripción anticonceptiva se basa en cuatro categorías:

1. No hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. El uso del método supone un riesgo inadmisible para la salud.

Métodos de barrera. El uso del preservativo siempre debe recomendarse en adolescentes, es una opción prioritaria cuando la actividad sexual es poco frecuente. Los adolescentes que sostienen relaciones sexuales frecuentes pueden optar por métodos que no están relacionados con el coito para protegerse contra el embarazo, pero seguirá siendo necesario el uso de condones de rutina para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Este grupo de edad tiene un mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual debido a su inmadurez física e inmunológica, por la falta de uso o por uso inadecuado del preservativo, inicio de vida sexual de forma precoz y coexistencia de otras conductas de riesgo como el uso de drogas o alcohol.

La principal desventaja de los métodos de barrera es que su uso se encuentra relacionado con el coito y que requieren la comodidad del usuario. La tasa de fracaso se debe principalmente al uso incorrecto; cuando los condones masculinos de látex se usan correcta y consistentemente la tasa de fracaso es sólo tres embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso. Se reporta una tasa de fracaso de 14% para un uso normal. Los inconvenientes para adolescentes son el costo, la necesidad de motivación para su uso correcto y la posible alergia al látex, en cuyo caso se debe recomendar el de poliuretano.[10-12]

Anticoncepción de emergencia. La anticoncepción de emergencia es una opción en el caso de que el condón se haya roto o si se han tenido relaciones sexuales sin protección. Existe la presentación de una píldora que contiene 1.5 mg de levonorgestrel y otra de 2 píldoras de 0.75 mg de levonorgestrel cada una. La anticoncepción de emergencia debe ser utilizada tan pronto como sea posible dentro de las primeras 72 horas a partir de la exposición sin protección, ya que es más eficaz. La incidencia de náuseas varía de 15 a 25% y la de vómitos de 1 a 5%. En 16% de los casos puede haber un pequeño sangrado, mastodinia (20-25%), amenorrea, cefalea o mareos son otros posibles efectos. Es importante informar a la adolescente que no se recomienda su uso como método anticonceptivo a largo plazo, que éste no es un sustituto de la anticoncepción habitual, que no protege de las enfermedades de transmisión sexual y que puede alterar el ciclo menstrual. Debe advertirse la necesidad de descartar un embarazo si no ha tenido su menstruación en tres semanas. El dispositivo intrauterino de cobre puede usarse como un anticonceptivo de emergencia cuando se inserta dentro de los primeros 7 días después de la exposición sin protección y es particularmente útil en mujeres que se deciden por un anticonceptivo de larga duración. El acetato de ulipristal es la píldora de emergencia más efectiva; sin embargo, al día de hoy no contamos con su comercialización en México.[10-12]

Anticonceptivos orales. Las píldoras anticonceptivas son de los métodos con uso más extendido, la única limitación para su uso es que

se haya presentado la menarquia. En general, están constituidos por un estrógeno (etinilestradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto antiandrogénico). Las nuevas presentaciones causan menos efectos secundarios; sin embargo, ocasionalmente, puede presentarse cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas o mareos. Dentro de las combinaciones más recomendadas están las que contienen 30 μg de etinilestradiol y 150 μg de levonorgestrel, que tienen menor riesgo trombogénico. El uso de preparados con menor dosis de estrógenos, especialmente los preparados con 15 μg de etinilestradiol, pueden producir sangrados intermenstruales y existe mayor riesgo de escapes ovulatorios. Los preparados con 20 μg de etinilestradiol se prefieren en presencia de reacciones adversas como náuseas, cefalea o hipersensibilidad mamaria con las dosis de 30 μg. En adolescentes con problemas de hiperandrogenismo se indican anticonceptivos hormonales combinados cuyo progestágeno posea mayor potencia antiandrógenica. Otros beneficios adicionales de estos métodos son la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, alivio del acné, protección contra las infecciones pélvicas y alivio del síndrome premenstrual, entre otros. Actualmente, se consideran un método seguro y efectivo en la adolescencia; es considerado de categoría 1 por la Organización Mundial de la Salud.[10-12]

Anticonceptivos inyectables. Según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. En la actualidad, los más recomendables son los que contienen valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxiprogesterona, respectivamente. La primera dosis se indica con el primer o segundo día de la regla y se repite cada 30 días. Es útil en adolescentes con posibilidad de olvido en la ingesta o en las que quieren mantener la confidencialidad. Son útiles en adolescentes con problemas de salud mental o antecedentes de consumo de drogas o alcohol. El acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) es un anticonceptivo inyectable de larga duración y altamente efectivo, es usado por más de un millón de mujeres anualmente en Estados Unidos, incluyendo 250 000 adolescentes. Al administrarse cada 3 meses previene el embarazo inhibiendo la secreción de gonadotropinas hipofisarias, resultando en anovulación, amenorrea y disminución en la producción de estrógeno sérico; así mismo, hace más espeso el moco cervical y previene la penetración espermática. La efectividad del DMPA es indeterminada por las altas tasas de discontinuación en adolescentes, secundaria a efectos adversos. El efecto adverso más común es el sangrado transvaginal; sin embargo, más de la mitad de las mujeres tienen amenorrea al año de uso. Existe controversia sobre el efecto que tiene en la densidad mineral ósea; sin embargo, se ha reportado que la disminución en la densidad mineral ósea es similar a la que se presenta en la lactancia y no tiene efectos a largo plazo. Nuestra recomendación es usarlo principalmente en casos relacionados con contraindicación absoluta al uso de estrógenos. No debe considerarse un método de uso habitual debido a efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto desconocido sobre la mineralización ósea. En adolescentes es considerado categoría 1 por la Organización Mundial de la Salud.[11-13]

Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. En México contamos con el dispositivo intrauterino de cobre (TCu-380A), el dispositivo intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) y el implante de etonogestrel. Estos métodos se deben ofrecer como opciones de primera línea en mujeres nulíparas y en adolescentes sexualmente activas; sin embargo, su uso se ve limitado por la

falta de conocimiento y por mitos, incluso entre los propios profesionales de la salud.

El dispositivo intrauterino de cobre es un cuerpo de polietileno, en forma de "T", de 32 × 36 mm con 380 mm^2 de cobre que envuelve el tallo y los brazos del mismo, su protección anticonceptiva dura 10 años. El sistema intrauterino de levonorgestrel es un dispositivo de polietileno flexible, en forma de "T", de 32 × 32 mm, con un reservorio de 52 mg de levonorgestrel que diariamente libera 20 mg, su protección anticonceptiva dura 5 años. La tasa de expulsión de los dispositivos intrauterinos en adolescentes es similar a las de las mujeres adultas; es decir, una de cada veinte. Su uso no se ha relacionado con mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria ni con afectación en la fertilidad de las usuarias; incluso se ha considerado que el sistema de liberación de levonorgestrel podría ejercer un efecto protector por su acción sobre el moco cervical. Dado que las adolescentes y las mujeres jóvenes tienen altas tasas de infecciones de transmisión sexual del tipo *Chlamydia* se recomienda que sean evaluadas durante la inserción del dispositivo intrauterino. Los dispositivos intrauterinos son considerados categoría 2 por la Organización Mundial de la Salud en mujeres menores de 20 años.[12-14]

En 2006 la *Food and Drug Administration* de Estados Unidos aprobó el implante subdérmico cubierto por etonogestrel, que consiste en una varilla de acetato de etinilvinilo de 40 mm de largo por 2 mm de diámetro, con 68 mg de etonogestrel (su metabolito activo es el desogestrel); la duración del efecto anticonceptivo es de 3 años.[11] Éste es el método anticonceptivo reversible más efectivo disponible, es relativamente nuevo y existen pocos datos disponibles sobre su uso en adolescentes específicamente. El efecto adverso más común es el sangrado uterino irregular y es la causa principal por la que se discontinua su uso. Los efectos adversos poco comunes son acné, aumento en sensibilidad mamaria e irritación en el sitio de inserción. En contraste con el acetato de medroxiprogesterona de depósito aparentemente no disminuye la densidad mineral ósea, ya que los niveles de estrógenos se mantienen. Puede ser una buena opción en adolescentes que deseen anticoncepción de larga duración. Puede usarse en la adolescente, la Organización Mundial de la Salud lo incluye en la categoría 1.[9,11-13]

Anillo vaginal. El anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinilestradiol y etonogestrel. Es un anillo no biodegradable, flexible y transparente; su uso es mensual. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio. La primera vez se inserta durante el primer día de la menstruación y se cambia cada 3 semanas; después de siete días de descanso se introduce un nuevo anillo. Es fácil y cómodo de utilizar y no interfiere con el coito. Existe un anillo sólo con progesterona y se recomienda en el período posparto para no interrumpir la lactancia. Su inconveniente es que es frecuente el aumento de la leucorrea no infecciosa (hasta en 63% de usuarias). La Organización Mundial de la Salud lo incluye dentro de la categoría 1.[9,11-13]

Parche transdérmico. Consiste en un sistema adherible a la piel desde el cual se libera la hormona, en forma sostenida y paulatina, hacia el torrente sanguíneo. Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende al contacto con el agua. La caja contiene tres parches que se cambian cada siete días, intercalando una semana de descanso; contiene 6 mg de norelgestromina (el metabolito activo del norgestimato) y 0.75 mg de etinilestradiol. Se recomienda colocar el parche en el abdomen, brazo o torso (excepto en las mamas) y cambiarlo de sitio con cada colocación para evitar la irritación en la piel. Debido a que ambos métodos liberan estrógeno y progesterona se le

puede comparar con los anticonceptivos orales de baja dosis; el impacto fisiológico es igual en adolescentes y adultos. Es una buena opción para mujeres jóvenes por su facilidad de uso y buen cumplimiento. La Organización Mundial de la Salud lo considera dentro de la categoría 1.[9,11-13]

Contraindicaciones generales de la anticoncepción en la adolescencia

Las contraindicaciones de anticoncepción en adolescentes prácticamente no existen, considerando que esta población es habitualmente sana. En general, las contraindicaciones según enfermedades son las descritas en los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud. La principal recomendación es que cada caso debe ser evaluado en forma individual, debiendo en ocasiones derivar a nivel secundario para la elección e indicación del método más adecuado y acorde con las necesidades de cada usuaria en particular. Dentro de las situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y que contraindican el uso de hormonales combinados están: trombofilia hereditaria, enfermedad tromboembólica venosa, síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos, cirugía mayor e inmovilización prolongada, hepatitis aguda, tumores hepáticos benignos, uso de anticonvulsivos, tratamiento con lamotrigina, rifampicina y rifabutina, durante los primeros seis meses de lactancia materna, entre otros.[9]

El papel del pediatra en la prevención del embarazo

En el 2009 Oringanje y sus colaboradores publicaron un metanálisis en la Colaboración Cochrane en el que evaluaron la efectividad de distintas intervenciones de prevención primaria sobre embarazos no deseados en adolescentes. La aplicación concurrente de intervenciones múltiples (educacionales, de desarrollo de habilidades y de promoción de la anticoncepción) pueden reducir las tasas de embarazo no deseado en adolescentes. En los análisis primarios se documentó una tendencia que favorece las intervenciones: riesgo relativo 0.72 (IC 95%: 0.51-1.03). En el análisis de sensibilidad, excluyendo aquellos estudios con altas tasas de deserción, se mostró un efecto significativo favoreciendo las intervenciones con un riesgo relativo de 0.20 (IC 95%: 0.10-0.39).[15]

La consulta de pediatría es un espacio privilegiado para la educación sexual. Las Unidades de Pediatría deben garantizar comportamientos afectivos y sexuales responsables. La Academia Americana de Pediatría elaboró en el 2007 (actualización en el 2014) una serie de recomendaciones para la anticoncepción en adolescentes que deben ser del conocimiento de todos los pediatras.[16-18]

Academia Americana de Pediatría: recomendaciones del 2007

1. Integrar la educación sexual en la práctica clínica habitual, desde la primera infancia a la adolescencia, sin pretender imponer valores a la familia.
2. Animar a las familias a tratar con sus hijas e hijos temas relacionados con la sexualidad.
3. Proporcionar educación sexual encaminada a prevenir embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etcétera.
4. Ofrecer consejo específico, confidencial, sensible a las diferencias culturales, sin prejuicios, sobre cuestiones clave de la sexualidad, así como el desarrollo sexual o sobre lo que influyen el alcohol y otras drogas en la salud y su correlación con relaciones sexuales de riesgo.
6. Facilitar atención ginecológica a adolescentes con vida sexual activa, informar de las posibles infecciones de transmisión

sexual y de la conveniencia de la vacuna contra el virus del papiloma humano.

7. Participar y colaborar en programas escolares de educación sexual.
8. Trabajar con las autoridades sanitarias locales en la planificación de estrategias comunitarias.

Academia Americana de Pediatría: recomendaciones del 2014

1. Los pediatras deben proporcionar consejo y acceso a los diversos métodos anticonceptivos a sus pacientes adolescentes. Esto incluye educar con respecto a todos los métodos anticonceptivos que son seguros y apropiados para ellos describiendo primero al más efectivo.
2. Los pediatras deberán poder educar a sus pacientes adolescentes con respecto a los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, incluyendo el implante de progestina y los dispositivos intrauterinos. Por su eficacia, seguridad y facilidad de uso, estos métodos deben ser la primera línea de opción de anticoncepción en adolescentes. Algunos pediatras decidirán capacitarse para proveer dichos métodos a sus pacientes; aquellos que no lo hagan deberán tener con quién referirlos para tal propósito.
3. A pesar de los efectos adversos del acetato de medroxiprogesterona de depósito y del parche anticonceptivo, ambos son métodos muy efectivos y son mucho más seguros que un embarazo a tal edad. Los pediatras deberán dar acceso a estos métodos.
4. Los pediatras deberán permitir al adolescente dar consentimiento con respecto al cuidado anticonceptivo de una manera confidencial, dentro del marco de la ley. Los pediatras deberán estar familiarizados con las leyes y recomendaciones respecto del cuidado confidencial y de consentimiento en menores de edad.
5. Los pediatras deben saber que es apropiado prescribir métodos anticonceptivos o referir para la colocación de dispositivo intrauterino sin realizar una exploración ginecológica primero. La búsqueda de enfermedades de transmisión sexual, particularmente aquellas por *Chlamydia*, puede realizarse sin la exploración ginecológica y no deberá retrasarse.
6. Los pediatras deberán reforzar el uso correcto y consistente del condón en cada relación sexual.
7. Los pediatras deberán estar familiarizados y actualizados con los distintos métodos anticonceptivos y regímenes hormonales, no sólo como métodos de anticoncepción sino porque ofrecen una opción terapéutica para acné, dismenorrea y sangrado menstrual profuso.
8. Los pediatras deberán recordar que los adolescentes con enfermedades crónicas y discapacidades tienen una salud sexual y necesidades de anticoncepción similares a las de los adolescentes sanos, reconocer que las comorbilidades pueden cambiar el método a recomendar.
9. Los pediatras deben actualizar regularmente la historia sexual dentro de la historia clínica, permitiendo un ambiente de confidencialidad y confiabilidad para favorecer que el adolescente exprese sus necesidades y dudas, lo que permite consejos para disminuir las conductas de riesgo.
10. Los pediatras deben tomarse el tiempo suficiente para abordar las necesidades de anticoncepción, con un acercamiento apropiado al grado de desarrollo y centrado en el paciente. Si es necesario se realizará una visita exclusiva para

asegurar el entendimiento y apego a los métodos anticonceptivos.

11. Los pediatras podrán complementar sus servicios y recursos con aquellos programas gubernamentales o de iniciativas privadas que provean de servicios o insumos gratuitos o de bajo costo para fomentar la salud sexual.

CONCLUSIONES

El cuidado de la salud reproductiva y sexual debe realizarse de manera confidencial y personalizada. En la elección de un anticonceptivo debemos considerar no sólo la aceptabilidad y seguridad del método, sino también las características propias del adolescente para lograr mejores tasas de continuidad. La anticoncepción en la adolescencia debe estar considerada en centros y unidades de atención amigable debidamente estructurados, con atención de calidad, consejería y entrega de anticonceptivos de forma fácil y gratuita, manteniendo el principio de confidencialidad como un derecho básico. La anticoncepción en adolescentes constituye uno de los pilares fundamentales para la prevención de las graves consecuencias de la actividad sexual sin protección, como son el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual. Es importante también que, de forma conjunta, se ofrezca una adecuada educación sexual sin prejuicios, que incluya comportamientos saludables y fomentar decisiones responsables e informadas en relación con el uso de métodos anticonceptivos.

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://ensanut.insp.mx
2. L. Campero Cuenca. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013;149:299-307.
3. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010. pp. 25-36.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo General de Población y Vivienda 2000 y 2010. México: INEGI; 2012. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx.
5. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección General de Epidemiología, SSA; 2011.
6. Colín-Paz YA, Villagómez-Ornelas P. Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010. pp. 17-53.
7. Olavarrieta CD, García SG, Arangure A. Women's experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization. Int J Gynaecol Obstet 2012;118(Suppl 1):15-20.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario Oficial de la Federación. Septiembre 19, 2003.
9. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4aed 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf.
10. Contraception in early adolescence. Best Practice Journal 2011;35:24-31.
11. Guidelines for Adolescent Health Care. The American College Of Obstetricians and Gynecologists. Segunda edición. 2011:43-56.
12. Centers of Disease Control And Prevention. Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 Narional survey of Family Growth. Series 23, número 31. Octubre 2011.
13. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare: Clinical Guidance. Contraceptive Choices for Young People. Marzo 2011.
14. AGOG Committee Opinion. Intrauterine Device and Adolescents. Number 392, Diciembre 2007.
15. Chioma Oringanje, Martin M Meremikwu, Hokehe Eko, Ekpereonne Esu, Anne Meremikwu, John E Ehiri. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.
16. De la Cruz C, Fernández Cuesta MA, Bataller V. Guía para Educar y Atender la Sexualidad desde la Consulta de Pediatría. Unión de Asociaciones Familiares y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2007. Disponible en: www.unaf.org/que_hacemos_programas_sexualidad_pediatria_2007.html
17. Committee on adolescence, Contraception and Adolescents. Pediatrics 2007;120(5):1135-1148.
18. Committee on adolescence Policy Statement. Contraception for Adolescents. Pediatrics 2014;134(4);e1244-56.