



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL EN ADOLESCENTES COMO
MÉTODO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD.

MENA MENDIETA BRIGITTE MAITE
MÉDICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL EN ADOLESCENTES
COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

MENA MENDIETA BRIGITTE MAITE
MÉDICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL EN ADOLESCENTES COMO MÉTODO
DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

MENA MENDIETA BRIGITTE MAITE
MÉDICA

CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC

MACHALA, 26 DE OCTUBRE DE 2022

MACHALA
26 de octubre de 2022

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL EN ADOLESCENTES COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

por BRIGITTE MAITE MENA MENDIETA

Fecha de entrega: 13-oct-2022 10:32p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1924923478

Nombre del archivo: O_DE_PREVENCI_N_DE_EMBARAZOS_EN_ATENCI_N_PRIMARIA_DE_SALUD..docx
(33.45K)

Total de palabras: 3720

Total de caracteres: 20174

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, MENA MENDIETA BRIGITTE MAITE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL EN ADOLESCENTES COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 26 de octubre de 2022



MENA MENDIETA BRIGITTE MAITE

0105028609

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a:

A Dios, que por su omnipotencia me ha permitido ir logrando cada paso y objetivo cumplido. A mi familia, que en todo este largo caminar me ha ido apoyando y alentando para salir adelante y ser una excelente profesional. A todos quienes fueron mis docentes en esta noble profesión y que con cada una de sus enseñanzas y experiencias fueron forjando mi carácter y formando a la persona que soy y en adelante seré.

A todos ustedes les dedico este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que durante mi formación tanto académica como personal han ido aportando un granito de arena, es así, que de manera particular quisiera agradecer a mis padres que con su ejemplo y amor me han permitido convertirme en la persona que soy hoy por hoy y quienes me dijeron todo su apoyo para no bajar la guardia ante la adversidad. Así mismo, agradecer a todas aquellas personas que me asesoraron y ayudaron en esta a veces complicada profesión. Por último, quisiera agradecer a la Universidad Técnica de Machala y su cuerpo docente, que en su conjunto me permitieron estar cerca a cumplir una de mis más grandes metas... Convertirme en profesional y ayudar a la comunidad y la familia en El transcurso.

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la adultez, donde ocurren diversos cambios que junto a algunos factores de riesgo, favorecen al aumento de la tasa de embarazos en las adolescentes; convirtiéndose una problemática social y de salud pública por el elevado número de casos y sus complicaciones. Por ello el objetivo de la investigación es proponer la anticoncepción hormonal oral en adolescentes como método de prevención de embarazos en atención primaria de salud. **Metodología:** Estudio realizado de manera descriptiva retrospectiva a través de una revisión bibliográfica en las bases científicas de SCIELO, PUBMED, MESH, Google Académico; en relación a embarazo en adolescencia, anticoncepción hormonal. **Resultados:** Se encontraron artículos; además de páginas oficiales de la organización mundial de la salud, guías de práctica clínica y protocolos. **Conclusión:** La anticoncepción hormonal oral es un método contraceptivo adecuado en este grupo etario, por su alta eficacia disminuyendo la tasa de fecundidad, debe ser prescrito según las características y necesidades de cada paciente adolescente; acompañado de una asesoría completa del uso adecuado, beneficios, efectos adversos, interacciones medicamentosas y usos concomitantes.

Palabras Claves: Embarazo en Adolescencia, Anticoncepción Hormonal, Efectividad Anticonceptiva, Anticonceptivos Orales Combinados, Anticonceptivos Poscoito.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is the transition period between childhood and adulthood, where various changes occur that, together with some risk factors, favor an increase in the rate of teenage pregnancies; becoming a social and public health problem due to the high number of cases and their complications. Therefore, the objective of the research is to propose oral hormonal contraception in adolescents as a method of preventing pregnancies in primary health care.

Methodology: Study carried out in a retrospective descriptive manner through a bibliographic review in the scientific bases of SCIELO, PUBMED, MESH, Google Scholar; in relation to pregnancy in adolescence, hormonal contraception.

Results: Articles were found; in addition to official pages of the world health organization, clinical practice guidelines and protocols.

Conclusion: Oral hormonal contraception is an adequate contraceptive method in this age group, due to its high efficacy in reducing the fertility rate, it should be prescribed according to the characteristics and needs of each adolescent patient; of a complete assessment of the proper use, benefits, adverse effects, drug interactions and concomitant uses.

Keywords: Pregnancy in Adolescence, Hormonal Contraception, Contraceptive Effectiveness, Contraceptives, Oral, Combined, Contraceptives, Postcoital.

ÍNDICE

DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	11
DESARROLLO	13
CONCLUSIÓN	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de transición entre la niñez y la adultez, la cual comprende el rango de edad que oscila entre los 10 a 19 años y, lo divide en dos fases: de 10 a 14 años a la etapa conocida como adolescencia temprana y de 15 a 19 años como la adolescencia tardía, es así que, durante este periodo existen diversos cambios conductuales, emocionales y físicos, por este motivo, es indispensable la participación integral de la familia y comunidad para obtener el bienestar del adolescente (1).

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales incrementan las conductas de riesgo y favorecen el interés sexual en la adolescencia, lo cual contribuye al aumento de casos de embarazo. (2). Según la OMS, el embarazo en adolescentes representa la segunda causa de muerte en la adolescencia, reportándose a nivel mundial una tasa de fecundidad adolescente (TFA) de 46,7 nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre 15-19 años; África y América Latina son los continentes con mayor TFA con 101,7 y 68 por cada 1000 mujeres respectivamente (3).

En Latinoamérica para el año 2020 en cuanto a la TFA los países que se encuentran ocupando los 3 primeros lugares son: Venezuela, Guyana y Ecuador con una TFA de 87.7, 83.1 y 82.7 por cada 1000 mujeres adolescentes respectivamente. Esta tasa de fecundidad adolescente se relaciona con un bajo nivel socioeconómico, con un bajo nivel de educación o incluso por la falta de educación, así mismo se relaciona con adolescentes que viven el sector rural y con las etnias: afrodescendiente e indígenas (4).

Por lo anteriormente expuesto es que, a nivel mundial y nacional se han establecido algunas estrategias para minimizar esta tasa de fecundidad, entre las cuales se encuentran: la educación

sexual, la cual no ha demostrado eficacia en el control de embarazo adolescente, mientras que el uso de anticonceptivos demuestra una mejor aceptación por parte de los adolescentes; y se ha evidenciado que los métodos más usados son los anticonceptivos orales combinados, lo cual también representa una importante estrategia para la prevención del embarazo adolescente (5).

El embarazo en los adolescentes es una problemática social y de salud pública por el elevado número de casos; por lo que me ha permitido realizar esta investigación sobre los anticonceptivos hormonales orales para la prevención del embarazo precoz.

Por ende, el objetivo de mi artículo de investigación es proponer la anticoncepción hormonal oral en adolescentes como método de prevención de embarazos en atención primaria de salud.

DESARROLLO

Aspectos generales en la adolescencia

Según la OMS la adolescencia proviene de la palabra *adolescere*, (3) que significa crecer, y representa al periodo que comprende entre los 10 y 19 años, clasificado en dos fases, adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años (1); en esta etapa ocurren cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos, culturales y sociales, por lo que se considera un periodo de riesgo y problemas, sobre todo en temas de sexualidad; debido a la toma de decisiones como el inicio de la vida sexual, uso de anticonceptivos y continuidad o interrupción de un embarazo (2).

A su vez, la American Academy of Pediatrics (AAP) clasifica a la adolescencia en tres etapas; primera etapa, la adolescencia temprana de los 10 - 13 años en la que empiezan los cambios físicos y se suele cuestionar su sexualidad, la segunda etapa adolescencia media de los 14 - 17 años, aquí ya surge el interés en las relaciones sentimentales y sexuales, da paso a la masturbación y es la etapa con mayor casos de embarazos y complicaciones; por último, la tercera etapa es la adolescencia tardía que corresponde a los adolescentes mayores de 18 años en la que se reporta mayor conocimiento y uso de anticonceptivos; sin embargo, todos los grupos presentan factores de riesgo de embarazo precoz, que deben ser analizados (6).

El embarazo adolescente posee factores de riesgo, como: bajo nivel educativo, hogares disfuncionales, coerción sexual por desigualdad socio-cultural, violencia sexual, uso de sustancias psicotropas y excesivo consumo de alcohol, influencia por medios digitales, anticonceptivos de difícil acceso económico, personal de salud no capacitado, entre otros; resaltando como principales

factores a la falta de comprensión y la escasez de asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos, lo cual conlleva a un uso incorrecto de los mismos (7).

El embarazo adolescente se debe a una relación sexual sin protección, al desconocimiento de la menor en cuanto al uso de los anticonceptivos y ante otras circunstancias ya citadas, es así que, un embarazo a esta edad puede presentar distintas complicaciones a nivel social, cultural, educativo y a nivel sanitario, esto debido a la estrechez pélvica; ya que anatómicamente la pelvis y el canal de parto de la mujer aún no alcanza su tamaño definitivo, así como otras consecuencias que ponen en riesgo la salud materna y fetal (8).

Embarazo en adolescentes una problemática de salud a nivel mundial

La OMS, indica que el embarazo adolescente representa un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que sus complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte (9). En el año 2020, la TFA varía según el país, es así que África y Latinoamérica poseen las cifras más altas y dentro de este último, los 3 principales países con mayor tasa son: Venezuela, Guyana y Ecuador con una TFA de 87.7, 83.1 y 82.7 por cada 1000 mujeres adolescentes respectivamente (3).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador en su política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes manifiesta que en el año 2015 hubo una tasa de natalidad de 79.05, nacimientos en adolescentes; es decir, alrededor de 57.743 nacimientos al año y 158 nacimientos al día (5); mientras que, en el 2016 hubo 80 000 nacimientos de niños y niñas de madres menores a 19 años de estos corresponden 20.548 nacieron en Guayas, 9.544 en Pichincha,

6.807 en Manabí, 5.744 en Los Ríos y 4.393 en Esmeraldas; mientras en la provincia de el Oro la TFA es de 2.6 embarazos por cada 100 adolescentes (8).

Generalidades de la anticoncepción en la adolescencia

La OMS; recomienda dentro de la atención primaria de salud, trabajar con los jóvenes en la prevención de embarazos, ofreciendo a este grupo una asesoría con información clara, sencilla y utilizando un lenguaje adecuado para dar a conocer las alternativas anticonceptivas que puede elegir dependiendo de sus necesidades (10). Además, Ibargüengoitia y cols; sostienen que la prescripción se debe regir según los criterios de elegibilidad definidos por la OMS; evaluando los beneficios y riesgos dependiendo de la evaluación integral de cada adolescente (11).

Rodríguez, en su artículo; “Anticoncepción en la adolescencia” propone tener en cuenta la eficacia del anticonceptivo a la hora de escoger el método contraceptivo; la eficacia se cuantifica por medio del índice Pearl (IP), que significa la cantidad de embarazos que se producirán por cada 100 mujeres en 1 año de uso (más eficacia, a menor índice); este IP se divide en dos tipos; el del uso teórico y el del uso real. El uso teórico es cuando el uso del método es consistente y adecuado; mientras que el uso real, es cuando no se usa de manera consistente y adecuada (12).

Vásquez y Ospino; refieren que para realizar una correcta decisión del anticonceptivo primero se debe realizar una anamnesis completa, conocer si existen contraindicaciones, riesgos o efectos adversos, interacciones con otros medicamentos, tipo de adherencia y tipo de anticonceptivo a emplear (13). Basándose en esto, Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; definen el uso de anticonceptivos hormonales como la mejor estrategia a la hora de prevenir el embarazo en adolescentes; convirtiéndose en el método de elección en países desarrollados (14).

González y cols; manifiestan que los métodos contraceptivos más utilizados en este grupo etario, son los ACO con un 42.1% en los adolescentes menores de 15 años y 43.9% entre adolescentes de 15-19 años; seguido del anticonceptivo inyectable combinado, el dispositivo intrauterino y el implante (4). El autor del artículo “Anticonceptivos orales combinados”; también, resalta a los anticonceptivos hormonales como una buena alternativa en los adolescentes, debido a que son reversibles, fáciles de utilizar y no se interponen con el desarrollo físico de la mujer (13).

La guía española denominada, “Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina”; asevera que todos los anticonceptivos hormonales son elegibles en los adolescentes debido a las características antes mencionadas; estos métodos hormonales se subdividen en anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos solo progestágeno, anticonceptivo de emergencia, implantes subcutáneos, parche transdérmico, inyectables y anillo vaginal; dentro del artículo se resalta a los anticonceptivos orales como el método de elección en adolescentes (15).

Caracterización de los anticonceptivos hormonales orales en las adolescentes

Ibargüengoitia y Colbs, en su artículo “Opciones anticonceptivas para adolescentes”; manifiestan que los anticonceptivos orales combinados son seguros y tienen una alta eficacia si la paciente cumple con todas las indicaciones de uso, alcanzado una tasa de embarazos de entre el 0,3% uso teórico y el 0.8% en uso real de embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año; además los anticonceptivos orales son altamente elegibles, debido a que los beneficios superan los riesgos en los adolescentes; poseen una buena adherencia y son fáciles de adquirir (11).

Requena y Llombart, en el año 2020; define a los anticonceptivos orales combinados como fármacos constituidos por un estrógeno y un progestágeno por lo general ambos son sintéticos,

entre los estrógenos tenemos al etinilestradiol, valerato de estradiol y 17 β estradiol (16); en el libro titulado “Anticoncepción hormonal ” donde se estudia a los progestágenos, que provienen de la testosterona en su mayoría; de ahí sus efectos adversos androgénicos no deseados; sin embargo, con el paso de los años se han desarrollado nuevas progestinas derivadas de la espirolactona y la progesterona; que ya no presentan dichos efectos, mejorando a la adherencia, ver tabla 1 (17).

Tabla 1. Clasificación por familias de las estrógenos y progestágenos disponibles para uso terapéutico.

Familia de los estrógenos		Familia de progestágenos		Fármacos
Naturales	Estradiol	Progesterona	Derivados de los pregnanos	Didrogesterona
	Estrona			Medrogestona
	Estriol			Acetato de medroxiprogesterona
				Acetato de megestrol
				Acetato de clormadinona
				Acetato de ciproterona
Semisintéticos	Etinilestradiol	Progesterona	Derivados de la 19-norprogesterona	Acetato de nomegestrol
	Mestranol			Demegestona
	Quinestrol			Promegestona
				Nesterona
				Trimegestona
No sintéticos	Dietilelbestrol	Testosterona	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (estranos)
				Noretisterona
			Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	Acetato de noretisterona
				Linestrenol
Clortrianceno	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	Acetato de etinodiol	
			Noretinodrel	
Metalenestril	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	Norgestrel	
			Levonorgestrel	
	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	Desogestrel	
			Etonogestrel	
	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	Gestodeno	
			Norgestimato	
	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	No etilados	
			Dienogest	
	Etilados	Derivados de la 19-nortestosterona (gonanos)	Derivado de la espirolactona	
			Drospirenona	

Fuente. Elaboración propia. 2022

En el “Protocolo de anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal” escrito en España; refiere que en su mayoría las progestinas poseen actividad antigonadotrófica por lo que actúa inhibiendo la ovulación, lo que le otorga su gran eficacia contraceptiva; pero difieren en su capacidad para interactuar con los distintos receptores hormonales y en función de ello, puede variar la actividad antiandrogénica o antimineralocorticoidea, entre otras; lo que facilita la elección dependiendo los beneficios anticonceptivos y no anticonceptivos del gestágeno; ver tabla 2 (18).

Tabla 2. Efectos de los gestágenos en los anticonceptivos hormonales combinados.

Progestágeno	Antiestrogénico	Estrogénica	Androgénica	Antiandrogénico	Glucocorticoide
Clormadinona	+	-	-	+	+
Ciproterona	+	-	-	++	+
Dienogest	+/-	+/-	-	+	-
Drospirenona	+	-	-	+	-
Etonorgestrel	+	-	+	-	-
Gestodeno	+	-	+	-	+
Levonogestrel	+	-	+	-	-
Ac. Medroxiprogesterona	+	-	+/-	-	+
Ac. Nomegestrol	+	-	-	+/-	-
Noretisterona	+	+	+	-	-
Norgestimato	+	-	+	-	-
Progesterona	+	-	-	+/-	+
(+): Eficaz; (+/-): poco eficaz; (-): no eficaz					

Fuente. Quílez y Serrano. 2019

La “Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)”; enumera distintas presentaciones disponibles y a dosis en cuanto a anticonceptivos hormonales combinados y los cataloga como un sistema sugerido a seguir en cuanto a la anticoncepción

adolescente, esto lo realiza en base a las características individuales del mismo como: eficacia, seguridad, efectos adversos, contraindicaciones, interacciones medicamentosas y a los beneficios que presenta en cuanto a las condiciones concomitantes que se pueden presentar en adolescentes, ver tabla 3(19).

Tabla 3. Composición de anticonceptivos combinados para uso en las adolescentes.

	Anticonceptivo combinado	Dosis
1	Etinilestradiol + levonorgestrel	30 mcg + 150 mcg
2	Etinilestradiol + norgestimato	35 mcg + 250 mcg
3	Etinilestradiol 35 mcg + acetato de ciproterona 2 mg	35 mcg + 2 mg
4	Etinilestradiol + Dienogest	2 mg + 0,03 mg
5	Etinilestradiol + Drospirenona	3 mg + 0.03 mg
6	Etinilestradiol + Gestodeno	60/15 mcg ó 75/20 mcg ó 75/30 mcg
7	Etinilestradiol + Desogestrel	20 mcg + 150 mcg

Fuente. Elaboración propia. 2022

Quílez y Serrano, en el 2019; describen al anticonceptivo etinilestradiol + levonorgestrel como uno de los fármacos más prescritos que posee actividad androgénica; sin embargo, tiende a disminuir la libido, además actúa sobre el perfil lipídico, esto quiere decir que aumenta los niveles de triglicéridos y de LDL y disminuye el valor de HDL (18). Vásquez y Ospino, en el 2020 expresaron que dienogest tiene acción antiandrogénica y antiestrogénico; es por ello que, se lo usa en hemorragias menstruales o endometriosis y en pacientes con signos de hiperandrogenismo (20).

En el artículo “Anticoncepción en la adolescencia” el autor Quintana refiere que al etinilestradiol + norgestimato se lo usa en aquellos casos de androgenismo o en aquellos casos en los que se requiere controlar la regularidad del ciclo menstrual; Otro anticonceptivo descrito es el etinilestradiol + acetato de ciproterona, de esta combinación, el etinilestradiol se puede usar desde

la menarquia y el segundo compuesto posee actividad antiandrogénica y glucocorticoidea, por ello se lo usa como parte del tratamiento del síndrome de ovario poliquístico (19).

En el Protocolo de Anticoncepción hormonal combinada. Oral, transdérmica y vaginal elaborado por Quílez y Serrano se describe a la drospirenona como un fármaco derivado de la espironolactona que posee actividad antiandrogénica y actividad mineralocorticoide lo cual permite reducir los síntomas característicos del androgenismo y a su vez logra reducir los efectos colaterales ocasionados por la retención de líquidos e incluso disminuir la incidencia de casos de aumento de peso en las usuarias que inician la anticoncepción con este fármaco (18).

La eficacia contraceptiva del 17 beta estradiol y acetato de nomegestrol fue evaluado por Lete y Novalbos, en su artículo publicado en el 2020; demostrando que el acetato de nomegestrol es bien tolerado por las jóvenes, sobre todo en pacientes con acné moderado y dismenorrea; es el gestágeno con la ventana de protección contraceptiva más amplia, ideal para pacientes con una mala adherencia al tratamiento; sin embargo, presenta un efecto no deseado como el aumento de peso que debe ser informado y evaluado con la paciente antes de la prescripción (21).

La Sociedad Española de contracepción en el Protocolo “Anticoncepción hormonal combinada. Oral, transdérmica y vaginal” se describe que el gestodeno posee menor actividad androgénica lo cual representa que posee un mejor perfil lipídico, y se describe que tiene una muy leve acción de tipo glucocorticoidea y antimineralocorticoidea. Mientras que, el desogestrel posee una acción muy leve de tipo androgénica, además su nivel de seguridad en cuanto al Tromboembolismo venoso es desfavorable, por lo que es considerado como un anticonceptivo de última elección (18).

La OMS, en su manual “Family planning a global handbook for providers. Sexual and Reproductive Health and Research”, indica que, una vez escogido el anticonceptivo idóneo para cada paciente, el tratamiento debe iniciar entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual, asegurándose que la adolescente no este embarazada; sin embargo, puede comenzar la toma de la píldora en el momento de la prescripción, si no se considera conveniente retrasar la protección anticonceptiva. Se debe tener en cuenta que, si la adolescente comienza el tratamiento luego del quinto día del ciclo, necesitará de un método adicional hasta haber tomado 7 píldoras (10).

En España, en el año 2022; se recalca que la eficacia de los métodos dependerá del cumplimiento de la paciente a la hora de la administración; por ello, con el objetivo de facilitar la adhesión y reducir la TFA, se han establecido diferentes presentaciones. La presentación clásica es la de 21 píldoras activas y 7 días de descanso, pero se han implementado otras presentaciones farmacológicas donde se combinan píldoras activas y píldoras placebo en blíster de 21/7 y 24/4 respectivamente, con el objetivo de evitar los olvidos al empezar un nuevo ciclo (12).

Bucheli y Noboa, en su publicación “Anticoncepción hormonal”; propone el uso de estrategias con los adolescentes para la administración adecuada de las píldoras anticonceptivas combinadas. Por ejemplo, una es incorporar la toma del comprimido junto a actividades que realice día a día como al cepillarse los dientes, uso de los medios digitales como alarmas o recordatorios mediante aplicaciones o mensajes; con el objetivo de disminuir la inconsistencia de la toma de la píldora, ya que se reporta que al menos el 20 al 30% de las jóvenes olvidan cada mes una píldora (17).

En el artículo “Anticoncepción en la adolescencia” del autor Quintana; ofrece indicaciones en caso de olvidar tomar una píldora, la píldora se debe administrar apenas la paciente se dé cuenta, ya sea dos píldoras el mismo día, sin otra medida adicional; si se olvida 2 tabletas consecutivas,

deberá tomar una píldora cuanto antes, ya sea el mismo día o al mismo tiempo, continuar con el envase normalmente y complementar con un método adicional por los siguientes 7 días (19); estas indicaciones pueden ser modificables según Lete y Novalbos, dependiendo del gestágeno usado ya que poseen diversa ventana de protección anticonceptiva según la semivida, ver tabla 4 (21).

Tabla 4. Semivida de diferentes gestágenos en los anticonceptivos hormonales combinados.

Gestágeno	Semivida en horas
Noretisterona	5 – 12
Dienogest	11
Norgestimato	12 – 30
Gestodeno	16 – 18
Levonogestrel	20
Desogestrel	31
Acetato de clormadinona	34 – 36
Acetato de ciproterona	38
Drospirenona	40
Acetato de nomegestrol	46

Fuente. Lete y Novalbos. 2020

Vásquez y Ospino en su artículo publicado en la revista de ginecología y obstetricia de México; explican algunos de los efectos secundarios más frecuentes del uso de los ACO que son las náuseas, vómitos, incremento de peso, melasma, acné y sangrados que ocurren entre los periodos menstruales; por otro lado, entre los menos frecuentes se encuentran: la trombosis venosa profunda, hipertensión arterial y adenomas hepatocelulares. En estos casos se debe valorar el riesgo-beneficio, y reconsiderar una alternativa a los anticonceptivos combinados. (13)

Gutiérrez, en el protocolo “Píldora solo gestágeno (PSG)”; recomienda el uso anticonceptivo a base de gestágenos solos o también denominada “minipíldora”, en adolescentes donde los anticonceptivos orales combinados estén contraindicados; esta opción anticonceptiva es una buena

opción, porque está constituido por dosis bajas de gestágenos (desogestrel), esta forma farmacéutica se debe tomar por 28 días seguidos y se recomienda en mujeres con una fertilidad reducida debido que posee menor eficacia que los ACO (22).

Valdés y Castelo, en su publicación “Anticoncepción con solo progestina”; hablan del uso de desogestrel o drospirenona, se indica que se debe administrar la minipíldora el primer día del ciclo, en caso de empezar el entre el segundo y quinto día de la menstruación, se debe usar doble método por 7 días; en caso de olvidos la ventana anticonceptiva es de 12 horas, la paciente deberá tomar una píldora apenas lo recuerde y seguir con el envase de forma regular, mientras que si el olvido superó las 12 horas, se debe utilizar un método de barrera por los siguientes 7 días (23).

Hernández y cols; mencionan algunos de los efectos no deseados con el uso de PSG, siendo los más frecuentes la cefalea, náuseas, cambios del estado de ánimo, fatiga, casos de depresión, disminución de la libido, ciclos irregulares, acné, alteraciones del perfil lipídico; entre otros. A causa de lo anteriormente expuesto las adolescentes discontinúan los tratamientos ya sea con los anticonceptivos combinados o con solo progestágeno; exponiéndose un posible embarazo ante una relación sexual de riesgo, donde deberían de hacer uso de los anticonceptivos de emergencia (24).

En el artículo, “Opciones anticonceptivas para las adolescente” de Lira-Plascencia y cols; se analiza el uso de la anticoncepción de emergencia como un método indicado para la prevención de embarazos y recomienda su uso ante una relación sexual de riesgo, por ejemplo: si se mueve o rompe el preservativo, no se utiliza el parche por más de 24 horas, olvido de dos o más píldoras, desplazamiento del anillo por tres horas o más, y sobre todo ante una relación sexual forzada (25). Sin embargo, Monterrosa en el 2020, manifiesta que se debe ofrecer una buena consejería acerca de su uso correcto, ya que este método de anticoncepción no es de uso regular. (26).

Para ello, en el protocolo “Anticoncepción de Urgencia” de la sociedad española de contracepción; se recomienda las píldoras anticonceptivas de emergencia de acetato de ulipistral, de 30 mg dosis única y las píldoras anticonceptivas de urgencia de levonorgestrel de 1,5 mg en dosis única, o 2 dosis de levonorgestrel de 0,75 mg cada 12 horas; aunque su uso es bajo, también hace mención al método Yuzpe, que se basa en el uso de un anticonceptivo oral combinado de etinilestradiol y levonogestrel; siendo el levonogestrel el más utilizado en la actualidad (27).

En la publicación, “Anticoncepción de urgencia” de la OMS; se manifiesta que las píldoras deben ser tomadas por la usuaria dentro de los primeros 5 días luego de la relación sexual de riesgo para una mejor eficiencia, demostrando así una la tasa de embarazo a nivel mundial de 1.2% y del 1.2 a 2.1% en mujeres que hacen uso de píldoras anticonceptivas de urgencia de acetato de ulipistral y de levonorgestrel respectivamente; siendo el acetato de ulipistral el más eficaz, si es administrado dentro de las primeras 72 horas (28).

CONCLUSIONES

La anticoncepción hormonal oral es un método contraceptivo adecuado en este grupo etario, por su alta eficacia disminuyendo la tasa de fecundidad, debe ser prescrito según las características y necesidades de cada paciente adolescente; acompañado de una asesoría completa del uso adecuado, beneficios, efectos adversos, interacciones medicamentosas y usos concomitantes.

No existe un anticonceptivo hormonal oral ideal para todas las adolescentes, pero en la actualidad los derivados de la progesterona (clormadinona y ciproterona), testosterona (dienogest) y espironolactona (drospirenona) son recomendables por sus efectos antiestrogénico y antiandrogénico, siendo los más prescritos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización mundial de la salud (OMS). Salud del adolescente.. [Online]; 2022. Acceso . 29 de Septiembre de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
- 2 González MIG, Mesa-Cano IC, Ramírez-Corone AA, Moyano-Brito EG. Uso de . anticonceptivos en la adolescencia: Revisión sistemática. Revista de producción, ciencias e investigación. [Online]; 2021. Acceso 29 de Septiembre de 2022. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/508/561>.
- 3 Uriguen AC, González JR, Díaz JED. Embarazo en la adolescencia: La nueva "epidemia" . de los países en desarrollo? Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. [Online]; 2019. Acceso 30 de Septiembre de 2022. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337672188_Embarazo_en_la_adolescencia_La_nueva_epidemia_de_los_paises_en_desarrollo.
- 4 González E, Breme P, González D, Molina T, Leal I. Determinantes en la elección de . anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online]; 2017. Acceso 29 de Septiembre de 2022. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600692.
- 5 Bucheli AL, Illapa M, Masabanda M. Política intersectorial de prevención del embarazo . en niñas y adolescentes. Ministerio de Salud Pública (MSP). [Online]; 2018. Acceso 1 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POL%C3%8DTICA-INTERSECTORIAL-DE->

[PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES-
para-registro-oficial.pdf.](#)

- 6 Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. American Academy of Pediatrics. [Online]; 2019. Acceso 30 de Septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>.
- 7 Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. Reproductive Health. [Online]; 2018. Acceso 30 de Septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5787272/>.
- 8 León MSQ, Pérez RFT, Rodríguez MRP. Nuevos enfoques de evidencia de la anticoncepción de emergencia en adolescentes. Revista Latinoamericana de Hipertensión. [Online]; 2021. Acceso 30 de Septiembre de 2022. Disponible en: <https://zenodo.org/record/6245985#.YzoMtdhBy3A>.
- 9 Organización mundial de la salud (OMS). El embarazo en la adolescencia. [Online]; 2022. Acceso 1 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- 1 Organización Mundial de la Salud y Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg.
0. Centro de Programas de Comunicación. Family planning a global handbook for providers. Sexual and Reproductive Health and Research. [Online]; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>.
- 1 Ibarguengoitia-Ochoa F, Plascencia JL, Sepúlve-Rivera CM. Opciones anticonceptivas para adolescentes. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción. [Online]; 2019.

Acceso 2 de Octubre de 2022. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/341118062_Opciones_anticonceptivas_para_adolescentes.

1 Rodríguez MJ. Anticoncepción en la adolescencia. Sociedad Española de Pediatría
2. Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). [Online], Madrid; 2022. Acceso 2 de
Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/anticoncepcion-en-la-adolescencia-2022/>.

1 Vásquez-Awad D, Ospino AM. Anticonceptivos orales combinados. Revista de
3. Ginecología y Obstetrica de México. [Online].; 2020. Acceso 3 de Octubre de 2022.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201d.pdf>.

1 Zimlich R. The latest on teenage contraceptive options. Pediatric pharmacology. [Online];
4. 2021. Acceso 3 de Octubre de 2022. Disponible en:
https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/contpeds/d81b402797377d9d686e9e2396e7167f1ff3ffb0.pdf/CNTPED0621_ezine.pdf.

1 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e
5. Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio
de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
[Online]; 2019. Acceso 3 de Octubre de 2022. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf.

1 Requena C, Llombart B. Anticonceptivos orales en dermatología. Academia española de
6. dermatología y venereología. [Online]; 2020. Acceso 3 de Octubre de 2022. Disponible en:

<https://www.actasdermo.org/es-anticonceptivos-orales-dermatologia-articulo-S0001731020300557>.

1 Bucheli R, Noboa E. Anticoncepción Hormonal. Segunda edición. Sociedad ecuatoriana de ginecología y Obstetricia. [Online], Quito; 2021. Disponible en: <https://codeser.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-Anticoncepcion%CC%81n-Hormonal-Segunda-Edicio%CC%81n-Bucheli-Noboa.pdf>.

1 Quílez J, Serrano J. Protocolo Anticoncepción hormonal combinada. Oral, transdérmica y vaginal. Sociedad española de contracepción. [Online]; 2019. Acceso 3 de Octubre de 2022. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_AH_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal_JoseQuilez_FIRMADO.pdf.

1 Quintana C. Anticoncepción en la adolescencia. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). [Online]; 2017. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en: https://cdn.pediatruiintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi05/02/n5-312-322_RosaQuintana.pdf.

2 Vásquez-Awad D, Ospino AM. Anticonceptivos orales combinados. Revista de Ginecología y Obstetrica de Mexico. [Online].; 2020. Acceso 3 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201d.pdf>.

2 Lete I, Novalbos J. Actualización en anticoncepción hormonal combinada por vía oral: 17 beta estradiol y acetato de nomegestrol. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [Online]; 2020. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en:

https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/RC-actualizacion-anticoncepcion-hormonal_V02.pdf.

2 Gutiérrez J. Protocolo Píldora sólo gestágenos (PSG). Protocolo "Píldora sólo gestágenos 2. (PSG)". [Online]; 2020. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_Pildora_Solo_Gestagenos_JoseGutierrez.pdf.

2 Valdés-Bango M, Castelo-Branco C. Anticoncepción con solo progestina. Revista de 3. ginecología y obstetricia de México. [Online]; 2019. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/138447/1/690778.pdf>.

2 Hernández-Marín I, Villegas-Rodríguez CM, Celis-González C. Anticonceptivos 4. hormonales en pacientes con sangrado uterino disfuncional. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. [Online]; 2020. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201q.pdf>.

2 Lira-Plascencia J, Neyro FIOJ. Opciones anticonceptivas para las adolescentes. Revista 5. de ginecología y obstetricia de Mexico. [Online]; 2019. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201i.pdf>.

2 Álvaro Monterrosa-Castro AMB. Anticoncepción de emergencia: hormonal y no 6. hormonal. Revista Obstetrica Ginecologica de Venezuela. [Online]; 2020. Acceso 5 de Octubre de 2022. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349141532_Anticoncepcion_de_emergencia_hormonal_y_no_hormonal.

- 2 Alonso MJ. Protocolo "Anticoncepción de urgencia". Sociedad Española de
7. contracepción. [Online]; 2019. Acceso 4 de Octubre de 2022. Disponible en:
[https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_A_Urgencia_MJesus_Alonso_FIRM
ADO.pdf](https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_A_Urgencia_MJesus_Alonso_FIRM_ADO.pdf)
- 2 Organización Mundial de la Salud (OMS). Anticoncepción de urgencia. [Online]; 2021.
8. Acceso 5 de Octubre de 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-
sheets/detail/emergency-contraception](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception).