



# PREVENCION DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES

*II CONGRESO INTERNACIONAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES  
AZOGUES ABRIL 2018*

**DR. PATRICIO JACOME A  
S.A.I.A – H.G.O.I.A**

# PREVENCION DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES

## ▶ OMS:

- ▶ LA ADOLESCENCIA SE INICIA CON LOS CAMBIOS BIO-FISIOLÒGICOS QUE EXPERIMENTAN LOS INDIVIDUOS LUEGO DE LA NIÑEZ Y FINALIZA CON LA MADUREZ SEXUAL Y REPRODUCTIVA ,COMPRENDE EL GRUPO ENTRE LOS 10 y 19 AÑOS.
- ▶ EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA PUEDE SER
- ▶ EMBARAZO PRECOZ:  10-14 AÑOS
- ▶ EMBARAZO TEMPRANO:  15-19 AÑOS

# Adolescentes: Datos de importancia.



Los/as adolescentes representaron el 20% de la población Andina  
En el año 2010, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, lo que representó el 30% de la población total:



- ▶ (51.2%) fueron adolescentes entre (10 y 14 años)
- ▶ (48.8%) fueron adolescentes entre (15 a 19 años).

- ▶ 61% en el área urbana
- ▶ 39% en el área rural



50.9% hombres  
49.1% mujeres

# Adolescentes: Datos importantes.

- ▶ **Ecuador:** 2 de C/10 adolescentes inician experiencias sexuales entre los 12 y 14 años. (Promedio 14 años)
- ▶ Siete de c/10 mujeres adolescentes posiblemente ya tienen relaciones sexuales.
- ▶ En sectores populares y marginales, 8 de C/10 chicas embarazadas tienen su hijo/a, **las 2 restantes acuden al aborto.**
- ▶ En estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que acuden al aborto es mayor .
- ▶ En estos estratos el embarazo y maternidad adolescente son mal tolerados.

Plan Nacional de Reducción de I MM, 2010

Estudio. Costos de Omisión en SS y SR en el Ecuador, MSP, 2016. -

Araujo Sanchez; Embarazo en adolescencia.El gran libro de la Sexualidad,Edimpres 2004

# ADOLESCENTES: Datos importantes

- ▶ **2010** De 128.530 partos únicos espontáneos, el 22 % fueron de madres adolescentes.
- ▶ De 556 abortos espontáneos, 96 casos (17%) fueron en adolescentes y de los 18.381 abortos **no especificados**,  2.949 casos (16 %) fueron de adolescentes.
- ▶ **2015** el MSP atendió 9.674 casos de complicaciones del aborto (Infecciones gènito pelvianas y hemorragias) 93,4% fueron abortos incompletos, las 2/3 partes fueron en edades entre 15 y 29 años .
- ▶ **43.6% de adolescentes casadas o unidas no utilizan métodos anticonceptivos y están en riesgo de un 2do o más embarazos**

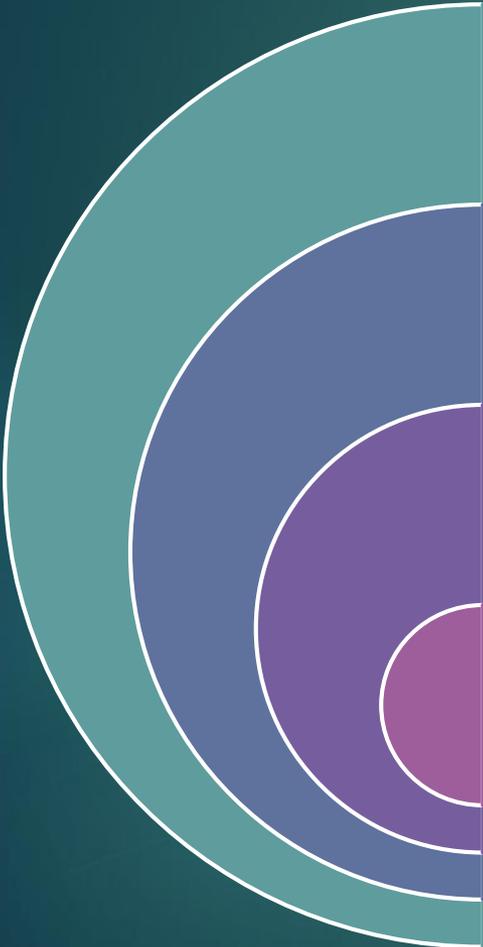
# EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR

- El Ecuador en el 2011 la población fue de 14.655.449 de personas.
- De esta población, 2.792.686 fueron adolescentes de entre 10 y 19 años de edad (20% de la población).
- La fecundidad en adolescentes ha mostrado una tendencia al aumento en los últimos años, y es la más alta de la subregión andina con unos 100 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes.
- En 2015, La tasa de fecundidad entre 15 y 19 años fue de 72.93 nacidos vivos por cada 1000 mujeres adolescentes
- Dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas; la proporción de maternidad adolescente es 4 veces más alta (43%) entre las mujeres que no tienen educación comparada con aquellas que tiene secundaria completa (11%).
- Esto es especialmente grave siendo que en Ecuador menos del 50% de las jóvenes asisten a nivel secundario de educación.

(INEC 2012)

Costos de omisión en SS y SR, MSP 2015

# EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ECUADOR



De las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes

Según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años.

5,2% de madres afro-ecuatorianas son adolescentes, seguidas de indígenas en un 4,3%, 81,4% de las adolescentes tienen un hijo/a **seguidas del 16% que tiene 2 hijos dos hijos/as.**

Las provincias con mayor porcentaje de madres son: Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%

De acuerdo al nivel de instrucción el 51,1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23,1% educación media y el 17% educación superior. **(INEC 2012)**

# Implicaciones Económicas del ENI. Adolescentes

## ATENCIÓN DEL ENI MSP 2015

- ▶ **Costo Total: 14.34 mdd.**
- ▶ 7 mdd: ( 49% ): Atención Prenatal
- ▶ 6.65 mdd: (46.4%): Partos NV, cesareas o partos vaginales.
- ▶ 0.13mdd: 0.95%: Atención Complicaciones Obstétricas.
- ▶ 0.46mdd: 3.23%: Atención de ENI que terminaron en Aborto.
- ▶ 0.05 mdd: 0.37%: Atención de nacimientos de óbitos fetales.

## COSTO SOCIAL DEL ENI ADOLESCENTES.

- ▶ **Ascendió a 316. 73 mdd.**
- ▶ **Correspondió a:**
  - ▶ Pérdida de Ingresos Futuros dado el abandono escolar de 6.487 Adolescentes (15 – 19 años)
  - ▶ De ellas más de la mitad (56%) cursaba la educación básica al momento del embarazo.

# PREVENCION DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES

- ▶ RAZON:
- ▶ PROBLEMA PRIORITARIO DE SALUD PÚBLICA
- ▶ EMBARAZO SUBSECUENTE ES EL MENOS ESTUDIADO EN NUESTRO PAIS
- ▶ PROBLEMA SOCIAL E INDIVIDUAL (Patología Social)

- ▶ ¿POR QUE LAS ADOLESCENTES SE VUELVEN A EMBARAZAR RAPIDAMENTE?
- ▶ NUEVA GESTACIÓN : **FRACASO EN LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**



▶ **DECADAS 80-90.**



▶ **DISMINUCIÓN- ESTABILIZACION  
DE SU INCIDENCIA Y  
PREVALENCIA EN CASI TODOS  
LOS PAISES DEL MUNDO**

▶ **EEUU: DISMINUCIÓN POR  
LEGALIZACIÓN DE ABORTO**

▶ **EUROPA: TENDENCIA  
DISMINUCIÓN**



▶ AMERICA LATINA:

▶ TENDENCIA DISMINUCIÓN  
(MEXICO)

. OTROS PAISES SE HA  
ESTABILIZADO

OTROS HA AUMENTADO



# AMERICA LATINA

- ▶ PREVALENCIA **NUEVO EMBARAZO** EN AUSENCIA DE SEGUIMIENTO POSPARTO

30%..... PRIMER AÑO POSPARTO

25-50 % ..... EN 2do AÑO

- ▶ PAISES PROGRAMAS INTENSIVOS PLANIFICACION FAMILIAR

10-15% ..... PRIMER AÑO

60% ..... PRÓXIMOS 2-3 AÑOS

- ▶ OTROS ESTUDIOS: **CUARTA PARTE DE EMBARAZOS ADOLESCENTES SON EMBARAZOS SUBSECUENTES**

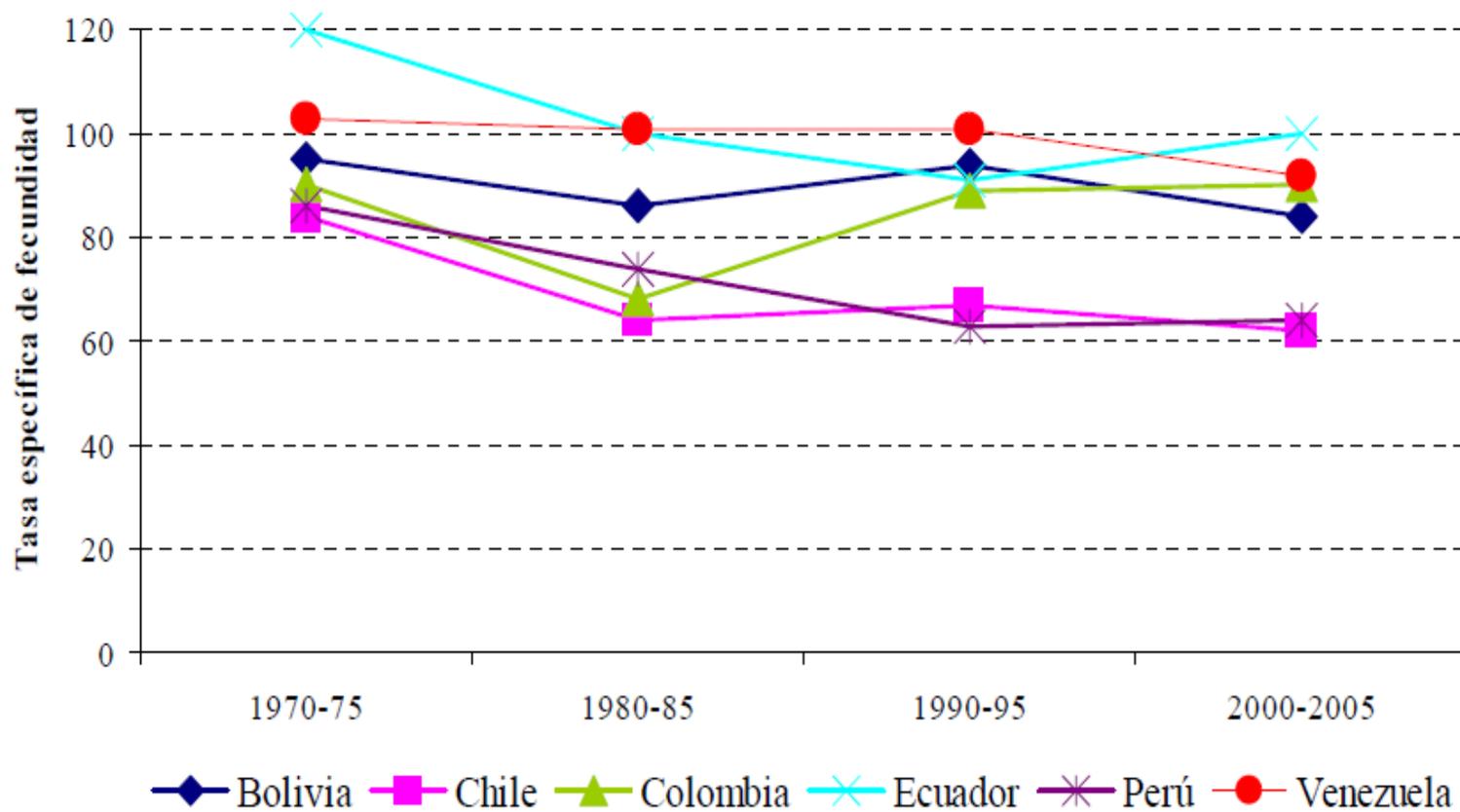
# AMERICA LATINA

- ▶ FECUNDIDAD ADOLESCENTES AUMENTO EN COLOMBIA Y ECUADOR
- ▶ 2010 – 2012 LA TENDENCIA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN ECUADOR ES LA MÁS ALTA DE LA REGIÓN ANDINA 100 NACIMIENTOS ADOLESCENTES POR CADA 1000 MUJERES .
- ▶ EN ECUADOR 2 DE CADA 3 ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS SIN EDUCACION YA SON MADRES O ESTAN EMBARAZADAS
- ▶ 1.5 MILLONES DE ADOLESCENTES YA SON MADRES O ESTÁN EMBARAZADAS

- ▶ BOLIVIA, PERÚ Y ECUADOR TIENEN ALTA POBLACIÓN INDIGENA.
- ▶ LA TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE SON SUPERIORES A 100 X C/1000 MUJERES ENTRE 15-19 AÑOS
- ▶ 1975-2005 SUBREGION ANDINA TASA GLOBAL FECUNDIDAD DISMINUYO EN UN 34%
- ▶ FECUNDIDAD ADOLESCENTE SE REDUJO SOLO EN 6% (ALTA)



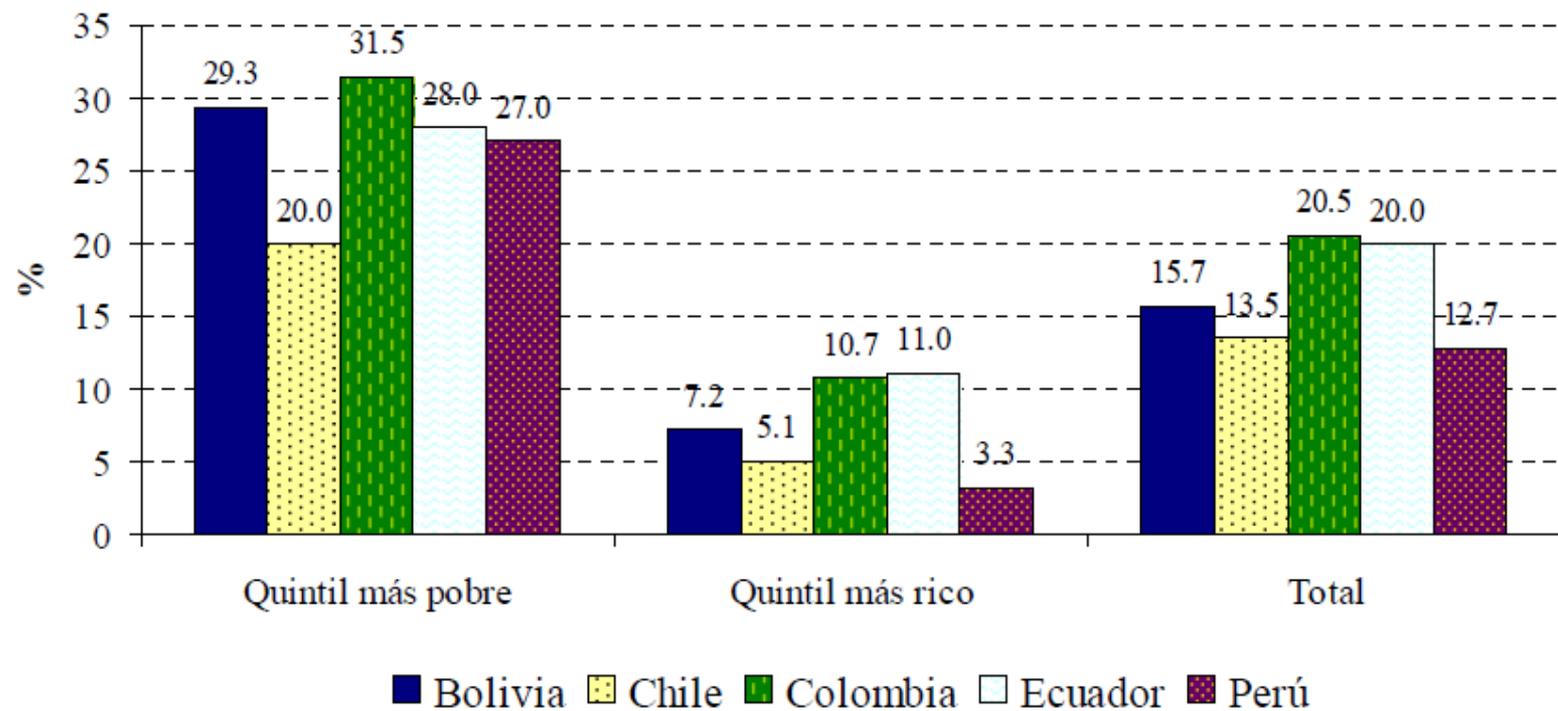
**Gráfica 1.**  
**Tendencias de la fecundidad adolescente**



Buscar

**Gráfica 3.**

**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según condición de pobreza, 2002-2005**



# PREVENCION EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ CAUSAS:

- ▶ FALLAS EN LA ANTICONCEPCIÓN:
  - ▶ USO INADECUADO-OLVIDOS
  - ▶ EFECTOS SECUNDARIOS
- ▶ FALLA EN LA CONSEJERIA SOBRE MAC



# FACTORES DE RIESGO

**Sociodemográficos**

**Psicosociales**

**Asociados al Embarazo**

**Servicios de salud**

# FACTORES DE RIESGO EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ SOCIODEMOGRAFICOS

- ▶ CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS BAJAS
- ▶ INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES
- ▶
- ▶ MIGRACION
- ▶
- ▶ MINORIAS ETNICAS



# FACTORES DE RIESGO EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ PSICOSOCIALES:

- **NIVEL EDUCATIVO BAJO**
- ANTECEDENTES VIOLACION, ABUSO SEXUAL
- **INADECUADA O FALTA DE EDUCACION SEXUAL**
- **ABANDONO ESCOLAR**
- HIJO EN ADOPCION SER CASADA O UNIDA
- **EDAD MATERNA MENOR DE 15 AÑOS**
- PROYECTO DE VIDA POSTERGADO O POCO CLARO
- NUEVA PAREJA O PAREJAS OCASIONALES
- PAREJA NO ADOLESCENTE
- **FAMILIAS DISFUNCIONALES Y/O NUMEROSAS**

# FACTORES DE RIESGO EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ ASOCIADOS AL EMBARAZO:

▶ DESEAR UN HIJO EN MENOS DE 2 AÑOS O  
DESEO AMBIVALENTE

▶ SEXO DEL NIÑO NO DESEADO

▶ EVOLUCION NEGATIVA DEL EMBARAZO  
(ABORTO O MUERTE NEONATAL)

▶ **FALTA DE IMPLEMENTACION ANTICONCEPTIVA AL ALTA**

▶ POCO ACCESO A MAC



# CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ MADRE:

-AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD MATERNA



-**COMPLICACIONES:** PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA

APP, RPM, ANEMIA, ABORTOS, INFECCIONES GENITALES, IVU, ITS

-RIESGO DE DESERCIÓN ESCOLAR Y BAJA ESCOLARIDAD

-DESEMPLEO  INGRESO ECONÓMICO BAJO

-MAYOR RIESGO DE DIVORCIO, SEPARACIÓN, ABANDONO

-MAYOR PROBABILIDAD DE MALNUTRICIÓN

-PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA

# CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO SUBSECUENTE

- ▶ HIJO.-
- ▶ BAJO PESO AL NACER (RCIU- PREMATUREZ)
- ▶ -ALTO RIESGO DE ABUSO FISICO
- ▶ -RETARDO DESARROLLO FISICO Y EMOCIONAL
- ▶ -NEGLIGENCIAS EN LOS CUIDADOS DE SALUD Y NUTRICION
- ▶ -ALTA PROPORCION DE HIJOS DESPROTEJIDOS O ILEGITIMOS

# CONSECUENCIA EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ PADRE:

- 
- ALTA TASA DE SEPARACION O DIVORCIO
- TRABAJO E INGRESOS MENOR NIVEL QUE SUS PARES
- AUMENTO DEL STRESS
- AUMENTO TRASTORNOS EMOCIONALES
- DISMINUCION DEL AUTOESTIMA

# EFFECTOS NEGATIVOS DEL EMBARAZO SUBSECUENTE

- ▶ PROFUNDIZA LA POBREZA EN 16-28% (30%)
- ▶ ESTUDIOS: CORROBORAN LOS EFECTOS ECONOMICOS NEGATIVOS
- ▶ ESTUDIO 16 PAISES DE AMERICA LATINA: DEMOSTRARON LOS IMPACTOS NEGATIVOS SOBRE LOGROS EDUCATIVOS
- ▶ 67% DE MADRES ADOLESCENTES SON HIJAS DE MADRES ADOLESCENTES

# PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EMBARAZO SUBSECUENTE 2002-2003 HGOIA

- ▶ PREVALENCIA DE EMBARAZOS ADOLESCENTES FUE : 24.15% Y EMBARAZOS SUBSECUENTES (20.3%)
- ▶ MAS FRECUENTES EN ADOLESCENTES QUE NO RETONARON A SUS ESTUDIOS EN LOS 6 MESES LUEGO DEL PARTO
- ▶ ESTABAN MATRIMONIO O UNION LIBRE
- ▶ ESTUDIOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS INCOMPLETOS
- ▶ NO ESTUDIABAN O NO TRABAJABAN
- ▶ ABORTO PREVIO

Hernández- Marcillo y Col 2003.HGOIA

# PREVENCION EMBARAZO SUBSECUENTE 2010 HGOIA

- ▶ 82% EMBARAZOS SUBSECUENTES NO FUERON PLANIFICADOS
- ▶ PRIMER EMBARAZO NO GENERO UNA EXPERIENCIA QUE PREVenga EMBARAZO SUBSECUENTE
- ▶ SOLO 33% USO ANTICONCEPTIVOS
- ▶ ANTECEDENTE DE ABORTO Y FALTA CONTROL POSTABORTO
- ▶ FALTA DE CAPACITACION Y ADECUADA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD

Guijarro S 2010.HGOIA

# ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO DEL EMBARAZO SUBSECUENTE ADOLESCENTES EN ECUADOR PERIODO 1997-2010 EN 5 UNIDADES MSP

- ▶ HUBO UNA DISMINUCION DEL EMBARAZO SUBSECUENTE DEL AÑO 1997 : **22%** AL **19%** EN EL AÑO 2010.
- ▶ POR CADA 100 ADOLESCENTES QUE ERAN MADRES DE UN HIJO , 19 YA TENIAN OTRO BEBE

## RECOMENDACIONES

LA CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD DEBE SER PERMANENTE  
E INTEGRAL

LA EDUCACION EN SEXUALIDAD DEBE SER PARTICIPATIVA Y EXTENDERSE AL  
NUCLEO FAMILIAR



# PARTOS Y CESARESA ADOLESCENTES HGOIA(QUITO)

AÑO	10 – 14 años		15 – 19 años		TOTAL	%	SUBSECUENTE
	1er subsecuente		1er subsecuente				
2010	116	3	2395	635	3030	<u>27.10 %</u>	<u>20.26%</u>
2011	111	5	2513	533	3046	<u>28.62 %</u>	<u>17.01 %</u>
2012	105	4	2467	478	3015	<u>29.9%</u>	<u>18.6%</u>

# PREVENCION EMBARAZO SUBSECUENTE

## ▶ PRIMARIA: P. FACTORES RIESGO

A.- PROGRAMAS EDUCACION SEXUAL (OMS-OPS)

INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIA

B.- CONSEJERIA EN ANTICONCEPCION

EDAD- NECESIDAD ADOLESCENTES

NIVEL EDUCATIVO

CONFIDENCIALIDAD

C.- MEJORAR ACCESIBILIDAD MAC

DIALOGAR-INFORMAR

# PREVENCIÓN SECUNDARIA

## ▶ PREVENIR 2do EMBARAZO

-CONSULTA ANTICONCEPTIVA

-INDIVIDUALIZAR

-CONSEJERÍA Y ELECCIÓN MAC:

ACCESIBLE - SEGURO – INOCUO –

EFICAZ – TOLERABLE – DISPONIBLE

REVERSIBLE

**-TOMAR EN CUENTA:** NO EXISTE MAC IDEAL ADOLESCENTES



# PREVENCION TERCIARIA

- ▶ GARANTIZAR RECURSOS NECESARIOS



- ▶ MEJORANDO CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS



- ▶ REINSERCIÓN LABORAL Y ESCOLAR



# MEDIDAS ECUADOR

## ▶ PLAN NACIONAL DECENAL DE PROTECCION INTEGRAL A LA NIÑEZ – ADOLESCENCIA (2004-2014)



- ▶ DISMINUIR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN UN 25% Y REDUCIR LA MORTALIDAD POR ESTA CAUSA, ESPECIALMENTE EN ZONAS POBRES E INDIGENAS

# PLAN NACIONAL PREVENCIÓN DE EMBARAZO SUBSECUENTE

## OBJETIVO GENERAL

- ▶ DISMINUIR EMBARAZO EN ADOLESCENTES
- ▶ FORTALECER INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD-EDUCACION Y PROTECCION SOCIAL, EN UN MARCO DE COORDINACION INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL CON ACTIVA PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ▶ IMPLEMENTAR SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION SOBRE SITUACION EMB AD.
- ▶ IMPLEMENTAR Y FORTALECER SERVICIOS ATENCION INTEGRAL ENFASIS EN SSR Y **PREVENCIÓN EMBARAZO SUBSECUENTE**
- ▶ CONSTRUIR POLITICAS PUBLICAS INTEGRALES E INTERSECTORIALES ACORDES REALIDAD NACIONAL Y LOCAL

# PLAN REGIONAL ANDINO PARA LA PREVENCION EMBARAZO ADOLESCENTES

- ▶ A.- DISMINUIR LAS BARRERAS DE ACCESO SERVICIOS DE SALUD
- ▶ B.- PROMOVER EJERCIO DE DERECHOS HUMANOS CON ENFOQUE INTERCULTURAL Y PARTICIPACION SOCIAL



# PILAR MEDICO EN PREVENCION EMB. SUBSECUENTE : ANTICONCEPCION POSTPARTO

## CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD (OMS)

- Categoría 1: Puede usarse el método sin restricción.
- Categoría 2: Puede usarse, las ventajas superan los riesgos.
- Categoría 3: No debería usarse. Se usa con precaución.
- Categoría 4 : No deberá usarse nunca.

# CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS DE ADOLESCENTES SEGÚN FECUNDIDAD PREVIA-INDICACION Y USO MAC

**1.- ADOLESCENTES (NULIGESTAS)  
GRUPO MAS CONFLICTIVO PARA USAR MAC-  
DISCONTINUAN  
PREOCUPADOS POR FERTILIDAD- EDAD TEMPRANA  
EXPERIMENTAN PRACTICAS SEXUALES-RIESGO ITS**

**2.- ADOLESCENTE CON EMBARAZO PREVIO (ABORTO)  
GRUPO SIN RESTRICCIONES USO MAC  
SEXUALIDAD MAS CONSTANTE- PAREJA ESTABLE  
ALTO RIESGO DE NUEVO EMBARAZO- MAYOR MADUREZ**

**3.- ADOLESCENTES QUE YA ES MADRE (FERTILIDAD COMPROBADA)  
GRUPO MENOS CONFLICTIVO Y NO TIENE RESTRICCIONES MAC  
ALTO RIESGO DE REPETIR OTRO EMBARAZO (60%) EN 2 AÑOS  
RELACION DE PAREJA ESTABLE**

# ANTICONCEPCION POSTPARTO ADOLESCENTES

## ACTUALIDAD : 2 PROBLEMAS MEDICO-SOCIALES

- 1.- EMBARAZO NO DESEADO
- 2.- ITS

### SOLUCION : MAC : BARRERAS.

CONOCEN Y NO USAN

FALTA DE INFORMACION

VERGÜENZA EN ADQUIRIRLOS (JUICIO DE VALORES)

CARENCIA SERVICIOS DE SALUD

FALTA DE CONSEJERIA GARANTICEN PRIVACIDAD Y

CONFIDENCIALIDAD

# ANTICONCEPCION POSTPARTO ADOLESCENTES

- ▶ AC EN ADOLESCENTES PRESENTAN MAYORES TASAS DE FRACASOS EN RELACIÓN A ADULTAS

**MAC:** EFICACES

ACCESIBLES

CONTINUIDAD

BAJO RIESGO DE REACCIONES ADVERSAS

# OPCIONES DE ANTICONCEPCION POSTPARTO ADOLESCENTES



- ▶ 1.- MELA
- ▶ 2.- METODOS DE BARRERA: CONDON FEMENINO Y MASCULINO-DIAFRAGAMA-ESPERMICIDAS-ESPONGA
- ▶ 3.- PROGESTAGENOS ORALES-
- ▶ INYECTABLES
- ▶ 4.- IMPLANTES SUBDERMICOS
- ▶ 5.- DIU POSTPARTO INMEDIATO Y TARDIO
- ▶ 6.- DIU LEVONORGESTREL

# MELA ( METODO DE AMENORREA DE LACTANCIA)

**TASA DE FALLA ES MENOR 2% SI LACTANCIA EXCLUSIVA (6 MESES)**

**2 ESTUDIOS CONTROLADOS DE USUARIAS DE MELA:  
TASAS DE EMBARAZO A LOS 6 MESES: 0,45 y 2,45%  
5 ESTUDIOS NO CONTROLADOS USUARIAS DE MELA:  
TASAS DE EMBARAZO 0 al 7,5%**

**TASAS EMBARAZOS EN MUJERES AMENORREICAS CON LACTANCIA COMPLETA SIN NINGUN OTRO METODO FUE 0,88% Y OTRO ESTUDIO FUE 0,9 al 1,2%**

# METODOS DE BARRERA

## CONDONES MASCULINOS

BAJO RIESGO DE FRACASO USO ADECUADO : 2%  
USO INADECUADO RIESGO AUMENTA AL 15%  
NO ES MUY ACEPTABLE EN JOVENES. PROTEGE ITS

## CONDONES FEMEMINOS

EFFECTIVIDAD 0.8% USO PERFECTO  
9.5% DE FRACASOS CON USO NO MUY ADECUADO  
**NO HAY MUCHA EXPERIENCIA CON ADOLESCENTES**  
ACEPTACION EN ADULTAS HASTA 50%.

## DIAFRAGMA

ADULTOS: FRACASO 2% Y ADOLESCENTES DEL 40%  
**NO ES METODO USO INICIAL ADOLESCENTES.** PROTEGE ITS

# ACO SOLO PROGESTAGENOS (MINIPILDORA)

Durante la lactancia :  
eficacia 99.5% (6 meses)

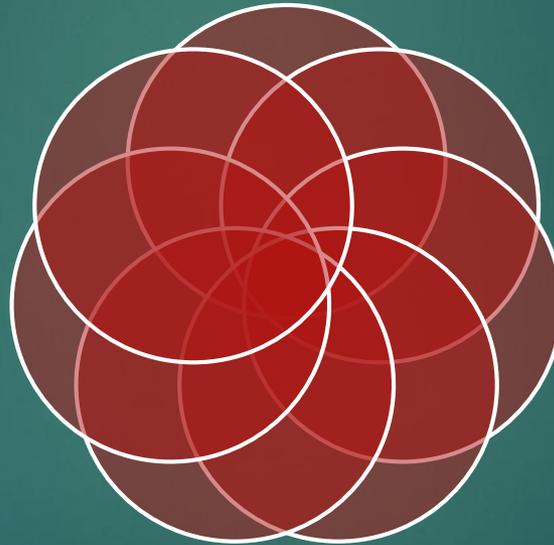
sin lactancia  
eficacia 96.8%

Se podrian usar desde el post parto mediato

En mujeres que tiene contraindicadas los E2

No inhiben la ovulación (excepto el desogestrel)

Modifican el moco cervical: denso y hostil



# ACO SOLO PROGESTAGENOS (MINIPILDORA)

## VENTAJAS:

- Buena tolerancia
- Indicada durante la lactancia
- No hay sangrado cíclico
- Se puede usar desde el post parto mediato
- Postaborto inmediatamente

# ACO SOLO PROGESTAGENOS (MINIPILDORA)

## DESVENTAJAS

Pequeño porcentaje disminución de la lactancia

Como único método es menos eficaz que los ACOS combinados

Sangrado intermenstrual



Ciclos irregulares- amenorrea

Cefaleas - Acné

Aumento de peso?

# DIU POSTPARTO INMEDIATO

Se coloca 10´ luego expulsión de la placenta

Luego de la evacuación del aborto ( sin infección)

## VENTAJAS:

Anticoncepción inmediata

No hay contraindicación

Menor dolor y sangrado

Igual o menor riesgo de perforación

Menor costo

Mayor facilidad para la técnica de inserción

# DIU POSTPARTO INMEDIATO

## DESVENTAJAS:

Tasa de expulsión espontánea más alta entre 9 a 40%

Menor tasa de visualización del DIU

Utilizar TC 380A y con técnica correcta la tasa de expulsión es más baja

## CONCLUSIONES

Inserción pareció segura y efectiva

No hay estudios comparativos con inserción en otros tiempos

Hay alta motivación

Garantía que no está embarazada

No presenta riesgos

# DIU POST-PARTO TARDIO

- ▶ Duración de 5 a 10 años
- ▶ Crea un medio hostil intrauterino paralizan a los espermatozoides impiden su ascenso
- ▶ **Ventajas**
- ▶ No interfiere en las relaciones sexuales
- ▶ Reversible de forma inmediata
- ▶ No tiene efecto con la calidad ni cantidad de leche
- ▶ Puede insertarse luego del parto (6 sem) o después del aborto
- ▶ No interacción con otros medicamentos

# DIU es perfecto para adolescentes

- ▶ Nuevos criterios de la OMS (2009) y del CDC, Centro de Control de Enfermedades (USA, 2010) consideran que el DIU es una opción aceptable para jóvenes .
- ▶ Se lo puede colocar en **nuligestas. (diu apropiado)**
- ▶ Se ha demostrado en un estudio, realizado por la OMS en 23.000 pacientes, que el DIU no causa infecciones, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, ni embarazo ectópico.
- ▶ El DIU de Levonorgestrel (Mirena) además previene la enfermedad pélvica inflamatoria

(Comité de Expertos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos 2007; Toivin 1991)

# Implantes subdermicos

- ▶ Es lo más importante en avances tecnológicos en AC en las ultimas 3 décadas
- ▶ Norplant: primer implante 1983
- ▶ TIPOS
- ▶ Levonorgestrel: 2 barras 75mg c/u: 150mg  
tasa liberación 30 mcg/día Duración 5 años
- ▶ Etonogestrel: 1 barra: 68 mg 3 cetodesogestrel  
libera 60 mcg/dia Duración 3 años

# Implantes Subdermicos

## ▶ MECANISMO DE ACCIÓN

- ▶ Espesa el moco CX y dificulta penetración espermatozoide
- ▶ Endometrio más delgado pero no atrófico
- ▶ Inhibición de la ovulación (crecimiento folicular 40-50% por síntesis E2)
- ▶ Inhibición picos LH (etonogestrel)
- ▶ Concentraciones séricas menores de FSH

# Implantes subdermicos

- ▶ Aprobados en + 60 países desarrollados y no desarrollados. **Categoría 1**
- ▶ Alta tasa de efectividad anticonceptiva
- ▶ Etonorgestrel falla 0.09%, índice Pearl 0
- ▶ Levonorgestrel índice Pearl 0.24 x c/100 mujeres
- ▶ Baja tasa de complicaciones
- ▶ Rápido regreso a la fecundidad
- ▶ Buena opción en países en desarrollo

# Implantes Subdermicos

- ▶ VENTAJAS:
- ▶ Larga duración
- ▶ Método seguro y eficaz .
- ▶ Ausencia de E2
- ▶ Confidencialidad
- ▶ Excelente elección durante la lactancia
- ▶ Se puede aplicar desde el post parto mediato
- ▶ Por bajos niveles séricos no causan efectos secundarios serios

# IMPLANON AS A CONTRACEPTIVE CHOICE FOR TEENAGE MOTHERS: A COMPARISON OF CONTRACEPTIVE CHOICES, ACCEPTABILITY AND REPEAT PREGNANCY.

- **Conclusiones de varios estudios**

En las adolescentes que decidieron usar Implanon (etonorgestrel) fue significativamente menos probable que se embaracen y se encontró que continuaron con este método anticonceptivo 24 meses postparto en comparación a aquellos que decidieron usar COCP o DMPA y un método de barrera o nada.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA, SEGURIDAD, NIVELES DE ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN DEL DISPOSITIVO SUBDÉRMICO CON PROGESTINA (ETONORGESTREL/LEVONORGESTREL) IMPLANTADO DURANTE LAS 6 SEMANAS POSTPARTO Y LUEGO DE LAS 6 SEMANAS POSTPARTO EN ADOLESCENTES DEL SAIA HGOIA. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL FAMILIAR Y SOCIOEDUCATIVO DE LAS USUARIAS.



# ¿Porqué realizar este estudio?

- ▶ Tendencia creciente de embarazo subsecuente en adolescentes (HGOIA)
- ▶ Alta proporción de usuarias que no regresan a los controles postparto, o que no pueden ser atendidas fácilmente.
- ▶ Proporción importante de usuarias que por diferentes circunstancias no les es fácil utilizar métodos anticonceptivos durante el postparto.

# PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

- ▶ **Estudio 1:** HCL de las adolescentes registradas en el SAIA, seleccionadas de manera aleatoria tomando como punto de partida un número definido al azar, hasta completar el número requerido (354) que tuvieron un hijo por parto o cesarea
- ▶ **Estudio 2:** Cohorte de 71 madres adolescentes seleccionadas participar voluntariamente en una sesión de seguimiento de las condiciones de salud suyas y de sus hijos
- ▶ Entrevista y examen médico
  - ▶ Test de Denver
  - ▶ Antropometría

# Fecundidad

	Frecuencia	%	Media	Varianza	DS
<b>Gestas</b>	295				
1		78,0%	1,2475	,2481	,4981
2		19,7%			
3		2,0%			
<b>Partos</b>	240				
1	221	92,1%	1,0792	,0732	,2706
2	19	7,9%			
<b>Cesáreas</b>	61				
0	1	1,6%	1,2623	,2634	,5132
1	44	72,1%			
2	15	24,6%			
3	1	1,6%			
<b>Abortos</b>	29				
0	1	3,4%	1,1379	,1946	,4411
1	23	79,3%			
2	5	17,2%			

Un 21,7% de adolescentes presentó ya un embarazo subsecuente con una historia de 2 y 3 gestas. Un 7,9% de los partos correspondió al segundo parto; 26,2% de las cesáreas correspondió a su segunda y tercera gesta y un 17,2% de los abortos correspondió al segundo aborto.

# Uso de anticoncepción

USO ANTICONCEPCION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	a	e	
A VECES	52	21,6%	21,6%
NUNCA	187	77,6%	99,2%
SIEMPRE	2	0,8%	100,0%
Total	241	100,0%	100,0%

En el 99% de la muestra no existió el antecedente de uso consistente de un método anticonceptivo

**Las variables de crecimiento y desarrollo de los niños analizadas no mostraron significación estadística relacionada con la fase de colocación del implante. (dentro de las 6 semanas postparto o luego de las 6 semanas postparto)**



# PREVALENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL O LEVONOGESTREL DEPENDIENDO DE SU FASE DE INSERCIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES SAIA.

▶ Cambios menstruales	48,5%
▶ Cefalea	48,3%
▶ Cambios de humor	47,3%
▶ Mareo	28,6%
▶ Disminución de la libido	25,8%
▶ Aumento de peso	17,2%



▶ **EFICACIA**

- ▶ En el grupo de usuarias estudiadas no existió ningún embarazo. El implante a base de progestina constituye uno de los métodos más seguros disponibles.

▶ **SEGURIDAD**

- ▶ En el grupo estudiado no existieron diferencias significativas al momento de evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños de acuerdo con la fase de colocación del implante.
- ▶ De todos modos se requieren más estudios de tipo prospectivo.

# CONCLUSIONES

«Los resultados demostraron que en relación con la seguridad, efectos secundarios, adhesión al método y satisfacción no existen diferencias estadísticamente significativas entre la colocación del implante antes o después de las 6 semanas postparto. De todos modos sería recomendable la realización de un estudio prospectivo que nos permita garantizar una mayor validez de las variables que interesen analizar.»

**PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS DE  
LOS IMPLANTES CONTRACEPTIVOS  
SUBDÉRMICOS EN ADOLESCENTES Y  
ADULTAS EN EL HOSPITAL GINECO  
OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE QUITO. 2012**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE  
CIENCIAS MÉDICAS INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

MD. MARIA ALEJANDRA ALVEAR  
MD. MONICA PATRICIA INCA REA

QUITO 2013

# PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS IMPLANTES CONTRACEPTIVOS SUBDÉRMICOS EN ADOLESCENTES Y ADULTAS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE QUITO. 2012

- ▶ Efectos secundarios no existieron diferencias significativas pero si para

▶ 	Adolesc	Adultas
▶ Acne:	3.3%	<b>7.35%</b>
▶ Cefalea:	22.9%	<b>54.9%</b>
▶ Nod. Mamarios:	0%	<b>4.5%</b>
▶ Dismenorreas:	<b>32.1%</b>	14.3%

# PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS IMPLANTES CONTRACEPTIVOS SUBDÉRMICOS EN ADOLESCENTES Y ADULTAS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE QUITO. 2012

- ▶ La edad no es un factor para desmotivar el uso de implantes
- ▶ El porcentaje de retiro es bajo  
**Adolescentes 3.1%** y adultas 4.8%  
Causa: cefalea, aumento de peso, acné y trastornos menstruales
- ▶ La satisfacción con el uso del método fue buena
- ▶ Es un método adecuado para P.F. tanto en adultas como en **adolescentes**

# VENTAJAS IMPLANTES Y DIU

- ▶ No dependen de las personas que las utilizan
- ▶ Implantes y DIU no presentan diferencias en las tasa de efectividad entre el uso perfecto y el uso típico.
- ▶ Riesgo de EE y EPI ha disminuido en comparación con usuarias de DIU

- ▶ Trussell J., Contraceptive failure in the United States Contraception. 2004

# VENTAJAS IMPLANTES Y DIU

- ▶ DIU y los implantes son 20 veces más efectivos que otros AC por que no dependen de la memoria de las mujeres
- ▶ Resultados sugieren que si se incentivarán su uso de a «largo plazo» se podrían prevenir muchos más embarazos no deseados en adolescentes



## ▶ Fuentes

- ▶ Center for Diseases Control. US Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2010.
- ▶ Speroff and Darney. 2001. A clinical guide for contraception, 4th edition.
- ▶ Winner et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. N Engl J Med 2012; 366:21
- ▶ World Health Organization Collaborative Group Lancet 1996.
- ▶ World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition. 2009.

# Promueven el uso del DIU y los implantes anticonceptivos en adolescentes (2012)

- ▶ El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda incentivar a las adolescentes que consultan por métodos anticonceptivos utilizar los de acción prolongada.
- ▶ En sus nuevas guías, ACOG indica que el DIU y los implantes deberían ser las opciones anticonceptivas **“de primera línea”** para las adolescentes.
- ▶ Los DIU y los implantes, conocidos como métodos reversibles de acción prolongada, son mucho más confiables

# Promueven el uso del DIU y los implantes anticonceptivos en adolescentes(2012

- ▶ ACOG recomendó que los médicos hagan todo lo posible para facilitarles a las jóvenes el acceso al DIU y los implantes. “son los métodos reversibles más efectivos para prevenir los embarazos no planificados, los **nuevos embarazos inmediatos y el aborto en las más jóvenes**
- ▶ Las investigaciones de Estados Unidos demuestran que el 0,8 por ciento de las usuarias del DIU de cobre se embaraza en un año, comparado con el 0,2 por ciento de las usuarias del DIU hormonal.
  - ▶
- ▶ Los implantes son más efectivos: la tasa de embarazo en un año es del 0,05 por ciento

# Promueven el uso del DIU y los implantes anticonceptivos en adolescentes(2012

- ▶ Nueve de cada 100 usuarias de la píldora pueden quedar embarazadas de manera no deseada en un año, por un uso incorrecto del método.
- ▶ Con los preservativos, el 2 por ciento de las mujeres puede tener un embarazo, con uso correcto de su pareja en las relaciones sexuales

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ▶ LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE MANTIENE TENDENCIA CRECIENTE
- ▶ ACCIONES SE CENTRAN EN ATENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE , EN LUGAR DE LA PREVENCION
- ▶ HAY LIMITACIONES E INSUFICIENCIA EN ACCESOS A SERVICIOS SSR
- ▶ LIMITACION A LA INFORMACION Y A LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ▶ A PESAR DE EXISTIR ALTA ACEPTACION DE MAC (90%) SON MENOS EXPUESTOS A MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR Y MAYOR DEMANDA INSATISFECHA DE MAC
- ▶ HAY DIFICULTADES EN ACCESO A INFORMACION ADECUADA ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS
- ▶ SATISFACER LAS NECESIDADES DE P.F: EVITARIA 7.4 MILLONES DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS CADA AÑO EN TODO EL MUNDO.
- ▶ LATINOAMERICA Y EL CARIBE: SE EVITARIAN 1.9 MILLONES DE EMBARAZOS .

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ▶ SEXUALIDAD ESTA ESTIGMATIZADA EN LA SOCIEDAD
- ▶ HAY DIFICULTAD PARA EL DIALOGO
  - ▶ **PROGRAMAS DE PREVENCION:** AUTORIDADES-DOCENTES – PERSONAL MEDICO-DIRIGENTES BARRIALES- PADRES-FAMILIARES- SECTOR RELIGIOSO (TRABAJO MULTIDISPLINARIO)
- ▶ PESE AL INTERES ESTADO Y COMPROMISOS INTERNACIONALES NO HA RECIBIDO SUFICIENTE ATENCION

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ▶ PROGRAMAS DE PLANIFICACION BIEN ESTRUCTURADOS
- ▶ REDUCIRIA LA POBREZA : AUMENTARIA EL CRECIAMIENTO ECONOMICO
- ▶ MEJORAR APOYO PSICOLOGICO Y SOCIAL
- ▶ INSERCION Y REINSERCION ESCOLAR Y LABORAL
- ▶ AYUDAR A UN PROYECTO DE VIDA DIGNO
- ▶ **EMBARAZOS A MENOR EDAD (10-14) MAYOR FACTOR RIESGO PARA EMBARAZOS SUBSECUENTES**

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ▶ LA ANTICONCEPCION ES PARTE FUNDAMENTAL PARA EVITAR 2do EMBARAZO
- ▶ LA ACEPTACION ES TAREA DIFICIL Y COMPLEJA
- ▶ **PREVENIR 2do EMBARAZO ES MISION OBLIGATORIA**
  - ▶ LA PREVENCION REDUCIRIA LA CANTIDAD DE MUERTES MATERNAS Y NEONATALES

# Prevención del embarazo en la Adolescencia

**Marco Constitucional**

**Buen Vivir**

**Acceso Servicios  
integrales y de  
calidad de SS y SR**

**Información,  
educación y  
consejería  
sobre  
sexualidad  
integral**

**Transfor-  
mación de  
patrones  
socio  
culturales**

**Personas  
Decisiones  
informadas**

**Acción familiar y comunitaria,  
diálogo social y corresponsabilidad**

*“Gracias por su atención”*

*Dr. Ivan Patricio Jácome Artieda*

*S.A.I.A-H.G.O.I.A.*