



Nuevos enfoques de evidencia de la anticoncepción de emergencia en adolescentes

372

New approaches to evidence of emergency contraception in adolescents

Mónica Susana Quinteros León¹, Rómulo Francisco Torres Pérez², María Renata Pérez Rodríguez³, Jeniffer Elizabeth Quinteros León⁴, FabianMateo Ávila Orellana⁵, Erik Paul Molina Toca⁶, Angélica Estefanía Torres Pérez⁷, Juan Diego Macancela Romero⁸.

¹Médico General. Universidad Católica de Cuenca. Azogues-Ecuador.

²Médico General. Universidad Católica de Cuenca. Azogues-Ecuador.

³Médico General. Universidad Católica de Cuenca. Ecuador.

⁴Estudiante de Medicina. Universidad Católica de Cuenca. Azogues-Ecuador.

⁵Médico General. Universidad Católica de Cuenca. Azogues-Ecuador.

⁶Médico Cirujano. Universidad de las Américas. Quito - Ecuador.

⁷Médico General. Postgrado de Neurología de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

⁸Médico General. Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues-Ecuador.

*Autor de correspondencia: Mónica Susana Quinteros León. Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Medicina. Cantón Azogues. Provincia del Cañar. República de Ecuador. Correo electrónico: moni.suequint@icloud.com

Received/Recibido: 07/21/2021 Accepted/Aceptado: 10/15/2021 Published/Publicado: 11/12/2021 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.6245985>

Resumen

El embarazo en adolescentes es una problemática de carácter mundial que ocurre debido a situaciones como: sexo sin protección, falta de conocimiento de cómo se usan los métodos anticonceptivos, por no usarlos, no congeniar con la pareja para el uso de los mismos y la ausencia de orientación sexual en casos de agresión sexual. La anticoncepción de emergencia (AE) es una intervención médica que se volvió una estrategia de salud pública, y se refiere a las opciones anticonceptivas que pueden disminuir el riesgo de embarazo después del coito, pero antes del establecimiento de un embarazo, por lo tanto, son medidas emergentes y bajo ningún concepto abortivas. Analizando la problemática que abarca la

anticoncepción de emergencia, es fundamental identificar cuan vulnerables son los adolescentes, que tan alto es el embarazo no deseado en este grupo, comprobar que tan efectivos y accesibles son los anticonceptivos de emergencia y su empleo, y como se podría contribuir como personal médico a la solución de este problema. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo cualitativo a base de revisiones bibliográficas, donde se buscó exhaustivamente información en la que se incluyeron varios tipos de estudios tomados de las siguientes fuentes: Cochrane, Pubmed, y revistas especializadas.

Palabras clave: embarazo adolescente, embarazo no deseado, anticonceptivos de emergencia, educación sexual.

Pregnancy in adolescents is a global problem that occurs due to situations such as: unprotected sex, lack of knowledge of how to use contraceptive methods, not using them, not getting along with the partner to use them and the absence of sexual orientation in cases of sexual assault. Emergency contraception (EC) is a medical intervention that has become a public health strategy, and refers to contraceptive options that can reduce the risk of pregnancy after intercourse, but before the establishment of a pregnancy, therefore, they are emergent measures and under no circumstances abortive. Analyzing the problems covered by emergency contraception, it is essential to identify how vulnerable adolescents are, how high is the unwanted pregnancy in this group, check how effective and accessible emergency contraceptives are and their use, and how they could be contribute as medical personnel to the solution of this problem. To do this, a qualitative descriptive study was carried out based on bibliographic reviews, where information was exhaustively searched, including various types of studies taken from the following sources: Cochrane, Pubmed, and specialized journals.

Key words: adolescent pregnancy, unwanted pregnancy, emergency contraception, sex education.

La anticoncepción de emergencia (AE) es una intervención médica que se volvió una estrategia de salud pública, y se refiere a las opciones anticonceptivas que pueden disminuir el riesgo de embarazo después del coito, pero antes del establecimiento de un embarazo, por lo tanto, son medidas emergentes y bajo ningún concepto abortivas. La estrategia de la AE es relativamente sencilla, en general estos métodos se pueden usar después de la relación sexual, cuando no se empleó ningún método o se utilizó el mismo sin embargo hubo fallas no esperadas, así también para los asaltos sexuales con riesgo de embarazo, otra indicación de más compleja aplicación es el inicio de métodos anticonceptivos, debido a la frecuencia de falla en el primer mes¹.

La AE tiene aspectos controversiales, considerando que los profesionales de la salud tienen la obligación ética profesional de prescribirla, sin embargo, esta situación

que no podría darse en un pequeño porcentaje, por la objeción de conciencia, barrera difícil de superar más aún si consideran que la AE es equivalente al aborto o es inmoral en sí misma. Existen diversas opciones ante este tipo de problemas, por ejemplo, la opción de derivar al paciente a otro proveedor de salud, buscar un equilibrio entre los intereses del personal médico con objeción y los pacientes, educación y socialización especialmente a los adolescentes. Existen fallas en la comunicación de la objeción de conciencia y también en el conocimiento profundo de la AE. Adicionalmente, los usuarios y comunidad en general, pueden tener problemas de conocimiento ya sea por falta acceso, de educación, de creencias religiosas o simplemente por no dar la importancia que merece este grave problema social, incidiendo en la accesibilidad lo que podría culminar en un embarazo no deseado o posiblemente a un aborto y esto a consecuencias fatales que ponen en riesgo la vida².

Los relatos de las mujeres jóvenes sobre su no uso de la anticoncepción de emergencia se refieren principalmente a las evaluaciones del riesgo conferido por los efectos secundarios o consecuencias en la salud que pueden ocasionar la utilización de los anticonceptivos, sus evaluaciones de sí mismas en el momento que necesitan acudir a la anticoncepción de emergencia y las dificultades personales para solicitar la misma³.

El embarazo en adolescentes es una problemática de carácter mundial que ocurre debido a situaciones como: sexo sin protección, falta de conocimiento de cómo se usan los métodos anticonceptivos, por no usarlos, no congeniar con la pareja para el uso de los mismos y la ausencia de orientación sexual en casos de agresión sexual. El embarazo no planificado es un problema social y de salud pública, la mayoría de los casos son de los embarazos no deseados y muchos de ellos resultan en abortos. El embarazo en mujeres entre 14 y 17 años aumentó de 4% en 1990 a casi 12% en 2006⁴.

Ecuador se encuentra en el puesto número tres con un grado elevado de embarazo en adolescentes entre 10 y 19 años, detrás de Nicaragua y República Dominicana, así lo señala la ministra de Inclusión Económica y Social, y según datos recopilados del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas, tienen número elevado de embarazos adolescentes a nivel nacional. Hasta 2016 de los más de 80 000 niños y niñas que nacieron, son de madres menores a 19 años de estos 20 548 nacieron en Guayas, 9 544 en Pichincha, 6 807 en Manabí, 5 744 en Los Ríos y 4 393 en Esmeraldas⁵.

La efectividad de la AE y las indicaciones están demostradas, el acceso a medicamentos y dispositivos sean o no off label (uso fuera de indicación) es amplio, por lo tanto, está claro que la reducción del embarazo no deseado es prioritaria y la AE es un mecanismo importante para obtener esta meta, por lo que este ensayo contribuiría de manera directa en generar un documento de consulta

para profesionales de la salud y así mejorar la indicación oportuna, determinando nuevos enfoques de la evidencia existente sobre la anticoncepción con énfasis en los adolescentes como grupo vulnerable.

Analizando la problemática que abarca la anticoncepción de emergencia es fundamental identificar cuan vulnerables son los adolescentes, que tan alto es el embarazo no deseado en este grupo, comprobar que tan efectivos y accesibles son los anticonceptivos de emergencia y su empleo, y como podríamos contribuir como personal médico a la solución de este problema. A lo que concierne a la metodología empleada, realizaremos un estudio descriptivo cualitativo a base de revisiones bibliográficas por lo que buscaremos exhaustivamente información en la que se incluirán varios tipos de estudios ya sean experimentales, ensayos clínicos, resumen de evidencias como los metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de casos y controles, cohortes, cohortes históricas; que será, tomados de las siguientes fuentes: Cochrane, Pubmed, y revistas especializadas; y, procederemos al análisis y procesamiento de la información, recolectándola, concatenándola y codificándola.

Embarazos no deseados

El problema de los embarazos no deseados que son prevalentes en la adolescencia y que se relaciona con este tema de investigación, se pueden prevenir con varias acciones, incluyendo la anticoncepción de emergencia. América Latina y el Caribe tienen una población con la más alta tasa de embarazo adolescente (la mayoría no son deseados), superado únicamente por África; y, además con la menor tasa de acceso a la anticoncepción de emergencia⁶.

Se tienen estadísticas altas de embarazos no deseados, que van desde el 30 al 60%, a consecuencia de la falta de la previsión antes y durante la relación sexual por lo que podemos agrupar en dos categorías, aquellos que no fueron deseados en el momento en que la mujer quedó embarazada o que nunca deseaba embarazarse^{7,8}.

La anticoncepción de emergencia tiene variantes según el país que se trate, con mayor acceso en países desarrollados que en países con bajos ingresos per cápita, en los cuales los embarazos no deseados son especialmente más frecuentes en adolescentes mujeres de escasos recursos económicos y bajo nivel educativo.

Siendo Ecuador subdesarrollado con población de 17.345.252 habitantes, con una tasa de desempleo del 4,9% y de subempleo de 19,7%, con un salario básico de 394,00 dólares y una canasta familiar básica de 713,75 dólares. Los empleados ecuatorianos que están en el sector informal representan 45%, la pobreza nacional se ubicó en el 23,9% y la extrema en el 8,7% encontrándose con mayor intensidad en el área rural con el 40,3% y 17,4% respectivamente⁹. He aquí la importancia del gravísimo problema que representa el embarazo no deseado, ya que existe un alto nivel de desempleo y subempleo, así como los bajos salarios que no alcanzan ni siquiera para cubrir la canasta familiar básica.

Anticoncepción de emergencia en adolescentes

Adolescencia

La adolescencia es una etapa de gran trascendencia y decisiva en la vida de las personas, con mayor afluencia hormonal en la que se producen cambios tanto físicos como psicológicos. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es: "El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos"¹⁰.

Etapas de la adolescencia

El desarrollo del adolescente se ha dividido en tres etapas, cuya no solo considera la edad cronológica, sino que también se incluyen aspectos biológicos, psicológicos, así como su acople a la sociedad, constituyéndose el presente y futuro de nuestra sociedad, especialmente porque en esta etapa, se debe lograr entre otras la adquisición de una identidad sexual madura y responsable que incluya tanto la expresión de comportamientos sexuales como la capacidad de tener relaciones íntimas significativas¹¹.

- Adolescencia temprana: (de 10 a 14 años) coincide con el inicio de la pubertad, produciéndose cambios biológicos y físicos, comienza la aparición de las características sexuales secundarias (Telarquia y pubarquia), el desarrollo de sus órganos sexuales internos, pudiendo iniciarse la menarquia en la mujer y la eyacularquia en el varón. Psicológicamente el adolescente en esta etapa tiene pensamientos concretos, preocupaciones e inseguridades; entorno a los cambios hormonales y físicos del cuerpo se crea un enfoque egocéntrico de la sexualidad; la curiosidad sexual y la exploración pueden llevar a iniciar la experimentación sexual como la masturbación o la actividad sexual temprana con parejas sexuales del mismo sexo o del sexo opuesto de manera irresponsable, puesto que no meditan las consecuencias futuras¹¹.
- Adolescencia media: (de 15 a 17 años) completan los cambios físicos de la pubertad y comienzan a tener relaciones inestables, pero más románticas, típicamente caracterizadas por la monogamia en serie o por tener varias parejas a la vez y durante breves períodos de tiempo porque mantienen su pensamiento es narcisista con sentido de poderlo todo lo que a su vez pueden llevarlos a cometer errores pues además pueden buscar grupos muchas de las veces no adecuados en la sociedad. Los adolescentes en esta fase buscan ser independientes, pueden comenzar a imaginar las consecuencias de sus acciones, pero aun así no pueden comprenderlas completamente y debido a esto, participar en conductas de riesgo como el uso de bebidas y sustancias ilícitas; y, tener actividad sexual sin protección¹¹.

- Adolescencia tardía: (de 18 en adelante) tienen habilidades sociales más maduras, empatía, comprensión de los riesgos y de las consecuencias que los ayudan a desarrollar relaciones más íntimas y serias. Tienen una comprensión madura y disfrutan de su ser físico, rol de género, orientación y conductas sexuales, pues termina el desarrollo de sus características sexuales y su crecimiento. Pueden participar en una variedad de relaciones íntimas y sociales (parejas románticas, amigos, familiares, colegas profesionales) con un sentido más amplio de conexión y propósito en la comunidad, en virtud que alcanzan la adultez¹¹.

Considerando los datos extraídos de la OMS y otros autores, las dos primeras etapas de la adolescencia son las más críticas debido a la curiosidad, falta de conocimiento (educación sexual) e inmadurez psicológica, que se dan en la primera etapa así como también el riesgo que conlleva el creer que son autosuficientes, que pueden tener y buscar agruparse con personas de dudosa reputación como sucede en la segunda etapa, es decir no han madurado situaciones que encaminan a los adolescentes a la mala toma de decisiones como por ejemplo entre otras a tener relaciones sexuales ocasionales sin la utilización de métodos anticonceptivos que provengan el embarazo, más aun si los adolescentes provienen de hogares disfuncionales, sin educación y o de escasos recursos económicos¹¹⁻¹³.

Salud del adolescente

Adolescencia, población vulnerable

Entre los adolescentes, los problemas y condiciones que involucran la esfera de salud mental y la enfermedad o traumas que se relacionan con las conductas de riesgo son causas importantes de morbilidad y mortalidad. Dentro de la salud mental podemos mencionar la depresión tema de alto riesgo para mortalidad de este grupo poblacional, pues existe la posibilidad del suicidio¹¹.

Desde una perspectiva del desarrollo neurológico, se dice que el comportamiento arriesgado entre los adolescentes está relacionado con dos redes cerebrales que están inversamente relacionadas entre sí, la red socioemocional y la red de control cognitivo, que abarca funciones ejecutivas que incluyen la autorregulación, la planificación y el pensamiento futuro. La tendencia de los adolescentes a tomar decisiones poco saludables y participar en conductas riesgosas conduce a una morbilidad y mortalidad significativas⁶.

Al no tener la maduración y crecimiento necesario el adolescente inestable es fácil presa de consecuencias serias, como lo es también el embarazo no deseado, lo que a su vez puede derivarse en aborto clandestino, muchas de las veces en lugares que no cumplen con las normas de higiene o de profesionalismo y esto a su vez terminar con la vida del adolescente o tener complicaciones serias como infecciones, esterilidad, etc.¹⁴.

Los servicios de salud y el adolescente

Es conocido que los establecimientos de salud que brindan servicios en salud cuentan con profesionales que generalmente tratan patologías, con cierta debilidad para una evaluación integral, es decir, no incluyen aspectos psicológicos, sociales, económicos. Si tomamos en cuenta al adolescente como es una persona compleja y que requiere diversidad en su manejo aspectos no considerados por los profesionales de la medicina, probablemente estemos frente a servicios de salud que no son amigables o no son competentes para identificar los riesgos de este grupo poblacional, especialmente para controlar ciertos trastornos prevenibles, como lo es en nuestro caso que nos ocupa e investiga, los embarazos no deseados⁶.

Si en verdad existe controles de rutina de salud a los adolescentes, sin embargo, los profesionales tienden a centrarse en las enfermedades o afecciones con las que están familiarizados, más que en comportamientos y problemas de riesgo para la salud, olvidándose que es mejor prevenir antes que tratar y en nuestro ensayo la adecuada difusión y el correcto manejo en la anticoncepción en adolescente⁶.

Ante esto surge la necesidad de reestructurar la atención médica al adolescente y hacerla más efectiva para identificar riesgos propios de este importante grupo vulnerable tales como¹⁵:

- Riesgos derivados de conducta sexual
- Riesgos emocionales
- Embarazos no deseados
- Consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias psicotrópicas.
- Suicidio

Es crucial recopilar información e identificar problemas, especialmente por la complejidad del adolescente, y dicha información nos permitirá identificar indicadores para todos o un subconjunto de los riesgos y problemas de salud específicos del adolescente. Los datos son fáciles de obtener y tienen una alta sensibilidad para los temas de mayor preocupación. Existen cuestionarios para evaluar los riesgos, hábitos y comportamientos de salud, mismos se pueden recoger en el área de espera. El uso de cuestionarios, sean estos en papel o en medios electrónicos tienden a ahorrar tiempo y mejorar la identificación de problemas, en un estudio realizado para determinar la adherencia y compleción de cuestionarios, la mayoría de adolescentes los realizaban solos, los más jóvenes aun requerían ayuda de su cuidador¹⁶.

Los datos que se recopilan deben de tal manera para facilitar la entrevista clínica y para identificar riesgos que requieran una evaluación adicional, esto es importante ya que muchos de los problemas del adolescente no son explicitados por el mismo y tienen que identificarse

activamente, en el caso que se identifiquen o no áreas de preocupación, se puede aprovechar el encuentro para que el profesional ofrezca apoyo y refuerzo para comportamientos saludables¹⁶.

Es importante que cuando se identifiquen los problemas, se realice un ejercicio de priorización, para hacer más eficiente la intervención, ya que no es posible y resulta ineficaz tratar de resolver todos los problemas al mismo tiempo, una vez que el profesional haya determinado la categoría de riesgo para cada uno de los problemas, debe conversar con el adolescente para reconocer y priorizar la lista de problemas. La existencia de una relación terapéutica entre el médico y/o psicólogo clínico y el adolescente facilitará la resolución del problema. Los adolescentes tienden a responder a un enfoque que requiere su cooperación y participación en el proceso de toma de decisiones. Es indispensable para garantizar una adecuada relación médico / paciente, asegurarle al adolescente que la información compartida con el profesional, será confidencial ¹¹.

Dentro de los factores que afectan una adecuada consulta e identificación de riesgos, tenemos que los prestadores de salud no logran escuchar y valorar la perspectiva del adolescente y suele responder a la información sobre comportamientos personales de manera despectiva o punitiva. Otro aspecto importante, se da cuando el médico y el adolescente deben llegar a un acuerdo sobre el tipo y la gravedad de cada problema, pues a lo mejor para el adolescente ciertos problemas que tiene no los consideran tan graves, aunque desde el punto de vista de riesgo si lo sean⁶.

Según lo expuesto por varios autores , el personal médico se limita solamente a la atención de enfermedades orgánicas como tal en los adolescentes, por lo que sería importante la implementación de un programa centrado en la atención integral de los adolescentes, que involucren a médicos, psicólogos clínicos, enfermeras, odontólogos padres de familia o cuidadores (siempre y cuando el profesional de la salud lo considere necesario y el adolescente lo autorice) y adolescentes, enfocándose tanto en los problemas somáticos como en la psique del adolescente, sin descuidar la educación sexual, la información franca y completa de los diferentes métodos de anticoncepción, como también la oportuna prevención de un embarazo no deseado, informándole las indicaciones de los métodos de anticoncepción de emergencia, con lo que reforzamos la relación médico paciente, evitando así el desfase en la toma de decisiones mismas que podrían conllevar a la muerte¹⁷.

Es menester señalar una de las graves falencias que tiene el personal prestador de servicios de salud, de manera especial el profesional médico quien no cuenta con el suficiente tiempo para cumplir a cabalidad con lo expuesto, esto es, dedicarse por completo al adolescente y lograr mediante la empatía, identificar los problemas patológicos, psicológicos, así como dar la educación pertinente a la sexualidad y sus riesgos y, sobre la prevención

de enfermedades infectocontagiosas, embarazos no deseados y planificación familiar; la falencia mencionada se debe a las normas que tiene el ministerio de salud pública (MSP) con respecto al tiempo de atención por paciente, a la carga excesiva de trabajo en cada paciente, como lo es el llenado de múltiples matrices, elaboración de historias clínicas en físico y digital (RDAACA y PRASS) hoja del adolescente, etc. Otras de las debilidades de los establecimientos de salud son: falta de personal médico, paramédico y psicólogos clínicos.

El embarazo no deseado en la adolescencia

Hablamos de embarazo no deseado en el adolescente cuando se concibe un niño no planificado o no existe el deseo de procrear, sea el embarazo accidental o producto de una agresión sexual. De los embarazos no deseados, la mayoría ocurren en adolescentes que no tenían un método de anticoncepción, tanto es así que un bajo porcentaje utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual a pesar de que un alto porcentaje tienen conocimientos sobre la anticoncepción. Debemos acotar que existe mala utilización del método anticonceptivo elegido sobre todo por la falta de adherencia al mismo y porque muchos adolescentes no buscan consejo de anticoncepción en servicios de salud. Es una prioridad que los servicios de salud ayuden al adolescente a evitar embarazos no deseados realizando de manera estructurada y regular evaluaciones sobre la adherencia, la continuidad y los efectos secundarios¹⁸.

Riesgos

El embarazo temprano y generalmente no deseado, son consecuencias significativas de la actividad sexual adolescente no responsable, pues como ya se ha dicho los adolescentes no planifican y sus consecuencias son múltiples. Las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de no acudir a las unidades operativas de salud para los controles prenatales y tienen tasas más altas de nacimientos desfavorables, como la prematuridad, la mortalidad neonatal y problemas de salud y desarrollo de los neonatos. Además, las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios, enfrentar el desempleo, vivir en la pobreza y depender de la asistencia pública a diferencia de sus congéneres que no tienen hijos, sufrir bullying y violencia intrafamiliar. Aproximadamente el 25 al 50% de los embarazos en mujeres menores de 20 años se interrumpen de manera electiva según se demuestran en varios estudios, el 15 al 30 % se producen abortos espontáneos y en un buen porcentaje podría llegar a término¹⁹⁻²².

Los adolescentes parecen tener un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, como preeclampsia, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y muertes neonatales; aún no está claro si estos resultados son debidos a la inmadurez biológica o a factores sociodemográficos relacionados con el embarazo adolescente, sin embargo, se reportan estudios de diferentes contextos (países desarrollados vs. países en vías de desarrollo) y los resultados son similares¹.

A continuación presentamos un resumen de las posibles complicaciones del embarazo en adolescentes²³⁻³⁰:

- Bajo peso al nacer, menos de 2500 g, causado principalmente por trabajo de parto prematuro.
- Desproporción fetopélvica en niñas muy jóvenes.
- Hemorragia posparto debido a la desnutrición, anemia subyacente, estrechez pélvica, desgarros e infecciones.
- Mala nutrición materna.
- Trabajo de parto prematuro y parto pretermino.
- Anemia.
- Mayor mortalidad perinatal.
- Aumento de la morbilidad neonatal.
- Mala lactancia, particularmente en adolescentes solteras.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Forma más severa de malaria, especialmente en primigestas en zonas endémicas.

De acuerdo a varios expositores, un embarazo no deseado es aquel que se concibe sin planificación previa, que tiene mayor incidencia en las adolescentes y que a su vez existe mayor riesgo de complicaciones materno-fetales que son causa primordial de morbimortalidad; por ello, la importancia de educar a la población, de manera especial a las adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos, las ventajas de la planificación familiar y la asesoría médica, haciendo hincapié sobre los métodos de anticoncepción de emergencia.

Pese a los intentos de los prestadores de salud, y pese al conocimiento de la mayoría de adolescentes sobre la planificación familiar, siguen siendo un grupo conflictivo debido al poco interés, falta de entendimiento y la poca asesoría médica.

Aborto inseguro en adolescentes con embarazos no deseados.

Los riesgos de mortalidad y morbilidad por el aborto inseguro son altos para las mujeres de todas las edades, de manera especial en adolescentes debido a la escasa o nula búsqueda de atención y control prenatal, demora en buscar el aborto, recurrir a proveedores no calificados, uso de métodos peligrosos y demora en el acceso a servicios de salud por las complicaciones²².

Para redundar en la explicación, podemos mencionar que los grupos en riesgo de mayor mortalidad y morbilidad por abortos inseguros incluyen a mujeres adolescentes más jóvenes, paridad nula y un nivel socioeconómico más bajo. Los estudios han demostrado que, en muchos países en desarrollo, las complicaciones debidas al aborto inseguro son mayores para los adolescentes que para los adultos. Las principales complicaciones a corto plazo son laceraciones

cervicales o vaginales, sepsis, hemorragia, perforación del útero o intestino, tétanos, infección pélvica o absceso y hematomas intrauterinos. Las principales complicaciones médicas a largo plazo, son: abortos espontáneos en un embarazo posterior, infertilidad secundaria, mayor riesgo de embarazo ectópico²².

Se ha evidenciado que las mujeres jóvenes de 15 a 24 años en África fueron el 51% de los abortos inseguros y el 43% culminaron en nacimientos. En América Latina y el Caribe, las mujeres jóvenes de 15 a 24 años presentaron 34% abortos inseguros y el 49% culminaron en nacimientos en América Latina; y el 44% de los abortos inseguros y 30% de nacimientos en el Caribe²².

Afectación de la salud mental en adolescentes con embarazos no deseados.

Los problemas relacionados con la salud mental de los adolescentes con embarazo no deseado o aborto son de gran importancia, debido a su interferencia en el desenvolvimiento normal de la persona en la sociedad, suelen ser más severos en mujeres jóvenes embarazadas por primera vez; la sensación de pérdida de sus hijos y las reacciones negativas al duelo son más frecuentes en las adolescentes, sentimiento de culpa que se extiende más allá del aborto en sí mismo, frustración y baja autoestima¹⁹.

La depresión posparto en las madres adolescentes es un riesgo grave y llegan a ser elevadas (hasta el 37%) a largo plazo, incluso existe estudios que aseveran que pudieran llegar a tener un mayor riesgo, la muerte prematura, más adelante²⁵.

El impacto social de la paternidad adolescente es inmenso, el apoyo familiar y social es crucial para mitigar los resultados socioeconómicos adversos asociados a la inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre adolescente. Considerando que el embarazo adolescente fuera del matrimonio aún se considera como un estigma, difícil de superar, agravado en familias de escasos recursos económicos, nivel de educación bajo e inclusive por las creencias de carácter religioso, inciden en la ausencia del apoyo mencionado^{25,31-35}.

Dentro de la afectación a la madre adolescente, podríamos mencionar la baja probabilidades de finalizar la educación secundaria y también el riesgo de no acceder a estudios universitarios; es más probable que viva en la pobreza y está en riesgo de violencia de pareja. También se afecta el padre, especialmente si es adolescente, se ha demostrado que puede tener menos años de escolaridad que los padres mayores, que tenga menos ingresos y les sea dificultoso conseguir trabajo³¹.

Los hijos de padres adolescentes especialmente de bajos recursos económicos podrían tener trastornos de salud y trastornos cognitivos debido a la desnutrición y/o anemia hay mayor riesgo de bajo rendimiento académico y abandono escolar, también más probabilidades de ser descuidado o abusado, ya sea por los mismos familiares o por personas de su entorno³².

Según lo expuesto la inmadurez emocional, la falta de educación llevan a los adolescentes a la toma de decisiones equívocas como los abortos clandestinos que tienen repercusiones serias en la salud física y emocional, produciendo en la mayor parte de los casos depresión, desapego emocional y social, por lo que nos enfrentamos a problema de salud pública mayor³².

Anticoncepción de emergencia

Es una alternativa en el amplio campo de la anticoncepción en la cual varios productos de uso médico evitan que ocurra un embarazo no deseado, después del coito sin protección, peor de planificación el mismo puede ser el resultado de la falta de anticoncepción o la falla de un método existente y también por actividad sexual forzada. Los actuales consensos coinciden los anticonceptivos de emergencia que no interrumpe un embarazo existente; por lo tanto, no causa aborto^{36,37}.

Existe varios tipos de métodos de anticoncepción de emergencia a los que pueden acudir las adolescentes con posibilidades de embarazo no deseado, sin embargo, el empleo de estos, por los adolescentes sigue siendo tema de discusión, ya que se cree que son abortivos, o al uso indiscriminado que se puede emplear de manera regular. El autor¹ recalca que la toma regular de los anticonceptivos de emergencia pierde efectividad, por lo que es necesario la información adecuada de un facultativo y emplear un método regular y seguro con el que las adolescentes se sientan más protegidas³⁸.

Mecanismo de acción de los AE

El mecanismo de acción es conocido ampliamente, el objetivo es interrumpir el momento de la ovulación o prevenir la fertilización de un óvulo. Muchos estudios han demostrado que los regímenes de acetato de ulipristal y levonogestrel previenen la ovulación, el primero retrasando la ovulación tanto en el periodo preovulatorio como después del aumento del LH ha comenzado y Levonogestrel bloqueando el aumento de la hormona luteinizante, inhibiendo así el desarrollo folicular y la liberación de óvulos, si se toma en el periodo preovulatorio^{39, 40-42,40-42}.

La terapia farmacológica está aprobada por varias agencias importantes de medicamentos, como la FDA (food and drug administration), sin embargo, no existe mucha información sobre otros métodos por ejemplo el dispositivo intrauterino de cobre (DIU), existe evidencia que apoya a este dispositivo en su inhibición en la fertilización cuando se usan de forma continua, aún persiste un vacío para su uso poscoital no está claro, pero el uso en la anticoncepción de emergencia podría ser una opción, debido a la forma de actuar es produciendo una respuesta inflamatoria local con aumento de los leucocitos que fagocitan a los espermatozoides³⁹.

El conocer el mecanismo de acción de los diferentes métodos de anticoncepción de emergencia es primordial

para la utilización correcta de los mismos, de manera especial en el escogimiento del método que se acomode la adolescente con posibilidad de embarazo no deseado, pues también le libera de falsas creencias ocasionadas por el desconocimiento e ignorancia sobre los mismos, afirmando la seguridad de su empleo al tener la certeza que no son abortivos, ni dañinos a su salud³⁹.

Relación de los anticonceptivos de emergencia con el aborto

Ninguno de estos medicamentos interfiere en la implantación de un óvulo fertilizado o un embarazo establecido, lo que implica que la terapia anticonceptiva de emergencia oral no es abortiva. En este aspecto varios estudios concuerdan con este tema, debido a que actúan en el periodo preovulatorio, inhibiendo la ovulación, mas no interfiere con la implantación del ovulo fecundado, es más se ha demostrado que no hay evidencia sobre cambios a nivel endometrial según estudios recientes, además la OMS sostiene que el embarazo no empieza con la fecundación sido más bien con la implantación del ovulo fecundado sin embargo, hay otros autores que consideran que hay embarazo desde la fecundación. Al conocerse el mecanismo de acción específicamente de los orales que actúan antes de la fecundación, excepto los DIU los cuales básicamente se les considera como espermicidas y actúan como cuerpo extraño, impidiendo la implantación, por lo que consideramos podría ser abortivos, a más que su accionar no está perfectamente dilucidado. En consecuencia, concordamos que los anticonceptivos orales de emergencia en especial el levonogestrel son seguros y no abortivos³⁶.

Alternativas terapéuticas de la AE

Se presentan las diferentes alternativas esbozados en el siguiente cuadro:

Dispositivo intrauterino de cobre (TCu380A)	Es la forma más efectiva de AE, con tasas de embarazo de primer ciclo de 0.1%, se puede insertar hasta 5 días después de la relación sexual sin protección
Acetato de ulipristal	Se puede usar hasta 120 horas (es decir, cinco días posterior a la relación sexual sin protección), 30 miligramos en toma única.
Levonogestrel	Está autorizado hasta 72 horas posterior al coito sin protección con la toma única de 1,5 miligramos
Estrógenos orales combinados y píldoras anticonceptivas de Levonogestrel (método de Yuzpe)	Puede ser una alternativa efectiva cuando hay anticonceptivos hormonales combinados que usan 100 mcg de etinilestradiol y 0.5 mg de levonogestrel (o el equivalente), que se administra la primera entre las 72 horas después del coito y la segunda a las 12 horas posteriores a la primera toma.

Seguridad y efectividad

La anticoncepción de emergencia ha sido demostrada como un procedimiento seguro, no se ha registrado complicaciones serias ligadas al uso de estos; además, según los estudios publicados observamos que no hay que nos demuestren la seguridad de los métodos cuando son utilizados de forma repetitiva pero que pueden ser seguros al tomar una vez en el ciclo menstrual, no se recomienda que sean tomados como un método regular debido que se puede producir por lo menos una ovulación por tomas seguidas según demostró un estudio de farmacodinamia; además, disminuye su eficacia con la interacción de anticonvulsivantes¹⁸.

Los anticonceptivos orales de emergencia son más seguros cuando se los utiliza esporádicamente y una sola vez en el ciclo menstrual pues el abuso de los mismos ocasiona la pérdida de su efectividad.

Efectos Secundarios de la AE

Los efectos secundarios que con mayor incidencia se presentan son: sangrado vaginal excesivo, náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefaleas, mareos, astenia, fatigas entre otras; siendo de estas las más frecuentes las náuseas y los vómitos en 50%, según tres ensayos aleatorios. Con el método Yuzpe, los efectos secundarios son de menor frecuencia que con la administración de LNG, gracias a que contienen pequeñas dosis hormonales³⁸.

En el embarazo muchos estudios concuerdan que no tienen efecto secundario sobre el feto, ni por falla del método, por lo que se puede utilizar durante la lactancia. Si en verdad los efectos secundarios pueden darse, pero no ocasionan graves daños en la salud de la paciente adolescente, excepto el DIU que puede producir hemorragias intensas, siendo necesario en muchas ocasiones el retiro del mismo y optar por otros métodos³⁸.

Advertencias y contraindicaciones

La única contraindicación según la Organización Mundial de la Salud, es no utilizarlos si la adolescente está embarazada, El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sugiere tres contraindicaciones: embarazo conocido o sospechado, hipersensibilidad a cualquier ingrediente del producto o sangrado genital anormal no diagnosticado. Incluso, en mujeres con contraindicaciones absolutas para las píldoras combinadas, como migraña con síntomas neurológicos o antecedentes de accidente cerebrovascular o coágulos sanguíneos, puede preferirse el uso de medicamentos con progestágeno solo o un DIU de cobre⁴³.

A sabiendas que el uso de los métodos anticonceptivos de emergencia no causa alteraciones patológicas en el feto se deben suprimir durante el embarazo por los efectos secundarios que pueden presentarse en las adolescentes embarazadas.

Conclusiones

La anticoncepción de emergencia es la principal estrategia que proporciona a una mujer, en especial a adolescentes, estabilidad emocional por la eficacia y seguridad que brinda pues fundamentalmente previene el embarazo no deseado después de una relación sexual sin protección, con protección inadecuada o por agresión sexual. Su uso está respaldado por muchas organizaciones de salud, incluidas la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; y, el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos.

La disponibilidad de la anticoncepción de emergencia ha mejorado sustancialmente el transcurso de los años y se puede adquirir en más de 140 países y en aproximadamente en 60 países sin necesidad de una prescripción médica, incluyendo el Ecuador, sin embargo, aún persisten problemas de accesibilidad, relacionados con el ambiente político o religioso de la sociedad. LA FDA aprobó la venta de acetato de ulipristal como anticoncepción de emergencia en el 2010 y al levonorgestrel en el 2013, sin prescripción médica, para todas las mujeres en edad fértil incluyendo a las adolescentes.

El uso repetido de UPA dentro del mismo ciclo menstrual es bien tolerado a diferencia del levonorgestrel que puede disminuir su efectividad con el uso repetido del mismo. El inicio de la anticoncepción hormonal se debe retrasar 5 días después del uso de UPA para evitar la disminución del efecto retardador de la ovulación.

Cuando el DIU se utiliza como anticoncepción de emergencia, se puede insertar en casi cualquier momento del ciclo, siempre que no hayan transcurrido más de 5 días desde la relación sexual sin protección, previo al consentimiento informado de sus efectos secundarios incluyendo la posibilidad de ser abortivo, de manera especial si se considera que el embarazo empieza con la fecundación.

Hablar de la anticoncepción de emergencia es complejo, ya que no solo se involucra a la medicina, sino que también inciden de manera importante los aspectos de política, la cultura, costumbres y religión, los mismos que pueden tornarse en una verdadera barrera para el acceso, especialmente en población vulnerable como los adolescentes.

Los médicos deben proporcionar información entendible, imparcial y científicamente sólida para que los pacientes puedan tomar sus decisiones de la mejor manera.

El principal problema a evitar son los embarazos no deseados, por lo que la anticoncepción de emergencia se convierte en una estrategia viable y segura, sin embargo,

el acceso a la misma es muy heterogéneo, aun a sabiendas que la mayoría de las adolescentes que se embarazan no habían planificado aun peor si consideramos que los riesgos en ellas son mucho mayores.

A pesar de las mejoras en el acceso, persisten las barreras para obtener anticoncepción de emergencia, y el conocimiento preciso sobre los mismo sigue siendo bajo tanto para pacientes como para proveedores de atención médica, se recomienda mejorar la educación de pacientes en el uso de métodos anticonceptivos, así como implementar campañas de salud sexual y reproductiva, tanto en las unidades operativas de salud, planteles educativos y las diferentes comunidades, dirigidas especialmente a las adolescentes.

Reestructurar la salud en todo nivel de atención médica, incluyendo aumento de personal médico y profesiones en psicología clínica, así como aliviando la carga laboral, con más tiempo para la atención de los adolescentes, procurando ser proactivos en la utilización de historias clínicas y formularios que faciliten dicha atención.

Referencias

- Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. Mayo Clin Proc. 2016;91(6):802-7.
- Cameron ST, Li H, Gemzell-Danielsson K. Current controversies with oral emergency contraception. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(13):1948-56.
- Fite RO, Mohammedamin A, Abebe TW. Unintended pregnancy and associated factors among pregnant women in Arsi Negele Woreda, West Arsi Zone, Ethiopia. BMC Res Notes. 2018;11(1):671.
- Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. J Pediatr Adolesc Gynecol. abril de 2012;25(2):98-102.
- Fonseca León A, Llanos Palmira LE, Hernández Flores D. Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. Humanidades Médicas. agosto de 2009;9(2):0-0.
- Ferrin SN, Grout RW, Gilbert AL, Wilkinson TA, Cheng ER, Downs SM, et al. Caregiver Comfort in Adolescents Independently Completing Screening Tablet-Based Questionnaires at Primary Care Visits. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2019;65(6):799-804.
- Finer LB, Lindberg LD, Desai S. A prospective measure of unintended pregnancy in the United States. Contraception. 2018;98(6):522-7.
- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health. 2006;38(2):90-6.
- INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Internet]. 2019 [citado 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? Arch Dis Child. marzo de 2009;94(3):239-45.
- Organización Panamericana de la Salu. Salud del adolescente - OPS/OMS [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>
- Ellis BJ, Del Giudice M, Dishion TJ, Figueredo AJ, Gray P, Griskevicius V, et al. The evolutionary basis of risky adolescent behavior: implications for science, policy, and practice. Dev Psychol. mayo de 2012;48(3):598-623.
- Adolescencia: Una etapa fundamental. 2002.
- Moreno Fontiveros MÁ, Izquierdo Gallardo I, Martínez Vera MJ, Bravo Muñoz E. Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008. Med Gen Fam. 1 de abril de 2016;5(2):49-52.
- Cohn LD, Macfarlane S, Yanez C, Imai WK. Risk-perception: Differences between adolescents and adults. Health Psychol. 1995;14(3):217-22.
- Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 1 de abril de 2007;36(2):368-73.
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. marzo de 2014;121 Suppl 1:40-8.
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 29 de julio de 2016;65(3):1-103.
- Barriera Quiala M, Ortiz Ojeda S, Darromán Durrutí R, Montoya Infante M. Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo. Rev Cuba Enferm. diciembre de 1999;15(3):179-83.
- Moreno Fontiveros MÁ, Izquierdo Gallardo I, Martínez Vera MJ, Bravo Muñoz E. Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008. Med Gen Fam. 1 de abril de 2016;5(2):49-52.
- Fonseca León A, Llanos Palmira LE, Hernández Flores D. Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. Humanidades Médicas. agosto de 2009;9(2):0-0.
- Kathryn Kost. Pregnancies, Births and Abortions Among Adolescents and Young Women in the United States, 2013: National and State Trends by Age, Race and Ethnicity [Internet]. Guttmacher Institute. 2017 [citado 30 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/us-adolescent-pregnancy-trends-2013>
- Olausson PM, Cnattingius S, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. Obstet Gynecol. marzo de 1997;89(3):451-7.
- Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. J Pediatr Adolesc Gynecol. abril de 2012;25(2):98-102.
- Traisirilp K, Jaiprom J, Luewan S, Tongsong T. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. J Obstet Gynaecol Res. noviembre de 2015;41(11):1726-31.
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. marzo de 2014;121 Suppl 1:40-8.
- Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 1 de abril de 2007;36(2):368-73.

28. Brosens I, Muter J, Gargett CE, Puttemans P, Benagiano G, Brosens JJ. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(5):546-55.
29. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child.* marzo de 2009;94(3):239-45.
30. Rees JM, Lederman SA, Kiely JL. Birth weight associated with lowest neonatal mortality: infants of adolescent and adult mothers. *Pediatrics.* diciembre de 1996;98(6 Pt 1):1161-6.
31. Wiemann CM, Agurcia CA, Berenson AB, Volk RJ, Rickert VI. Pregnant adolescents: experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Matern Child Health J.* junio de 2000;4(2):93-101.
32. Harrykisson SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med.* abril de 2002;156(4):325-30.
33. Nord CW, Moore KA, Morrison DR, Brown B, Myers DE. Consequences of teen-age parenting. *J Sch Health.* septiembre de 1992;62(7):310-8.
34. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child.* marzo de 2009;94(3):239-45.
35. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B, Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics.* mayo de 2012;129(5):e1228-1237.
36. Raymond EG, Cleland K. Emergency Contraception. *N Engl J Med.* 2 de abril de 2015;372(14):1342-8.
37. Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. *Mayo Clin Proc.* 1 de junio de 2016;91(6):802-7.
38. Trussell J, Raymond E, Cleland K. Anticonceptivos de emergencia: Una última oportunidad para prevenir embarazos no deseados [Internet]. Princeton University; 2016. Disponible en: <https://ec.princeton.edu/questions/ec-review-espanol.pdf>
39. Rigtterink ES, Saftlas AF, Atrash HK. Chapter 16 - Induced Abortion. En: Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM, editores. *Women and Health (Second Edition)* [Internet]. Academic Press; 2013 [citado 16 de diciembre de 2021]. p. 235-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123849786000169>
40. Li HWR, Lo SST, Ng EHY, Ho PC. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2016;31(6):1200-7.
41. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception.* mayo de 2004;69(5):373-7.
42. Brache V, Cochon L, Deniaud M, Croxatto HB. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception.* noviembre de 2013;88(5):611-8.
43. Serra-Torres A, Montaner-Amorós M, Sitjar-Martínez de Sas S, Sisó-Almirall A, Espanyol-Navarro M, Devant-Altimir M. [Emergency contraception: evaluation of women's understanding of it, a requisite for the effectiveness of the treatment]. *Aten Primaria.* 2007;39(2):87-92.