

DESAFÍOS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA



VIII CONGRESO INTERNACIONAL
AMADA 2015

“Enfoque integral de la salud
sexual y la salud reproductiva”

IV ENCUENTRO DE LA CONFEDERACIÓN
IBEROAMERICANA DE CONTRACEPCIÓN

17 y 18 de septiembre de 2015

Hotel Sheraton Libertador – Av. Córdoba 690, Buenos Aires



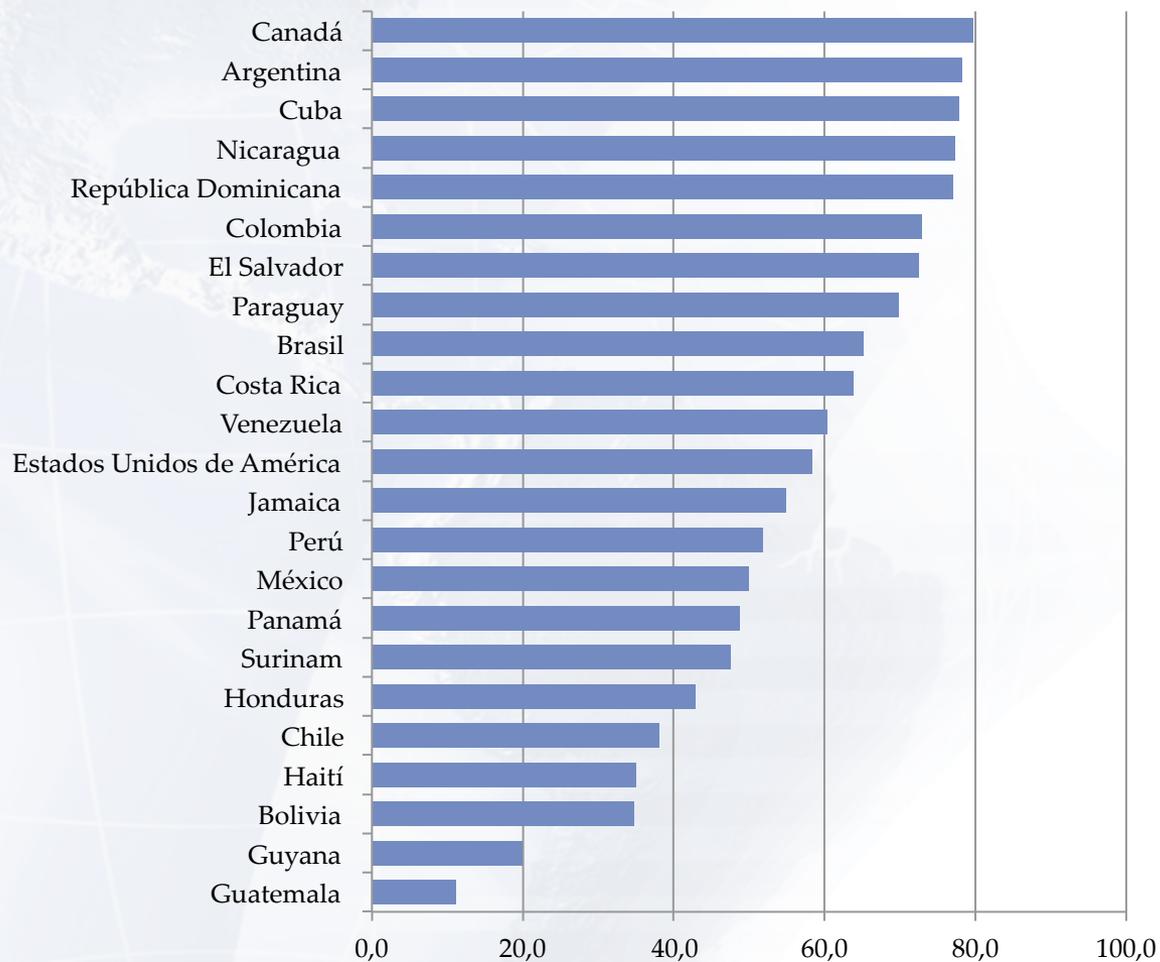
Dr. Edgar Iván Ortiz
Profesor Titular
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Universidad del Valle
Presidente FLASOG



INTRODUCCIÓN

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como la adolescencia la edad entre 10-19 años.
- A los efectos de la anticoncepción, es probable que sea de 11 o de 12 a 19.
- Los adolescentes tienen derecho a solicitar y recibir asesoramiento anticonceptivo imparcial.
- El rol del consejero en anticoncepción es suministrar la información conocida de lo que sería la mejor opción en su situación.

Estado de los indicadores – Tasa de uso MAC en mujeres en EF



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR



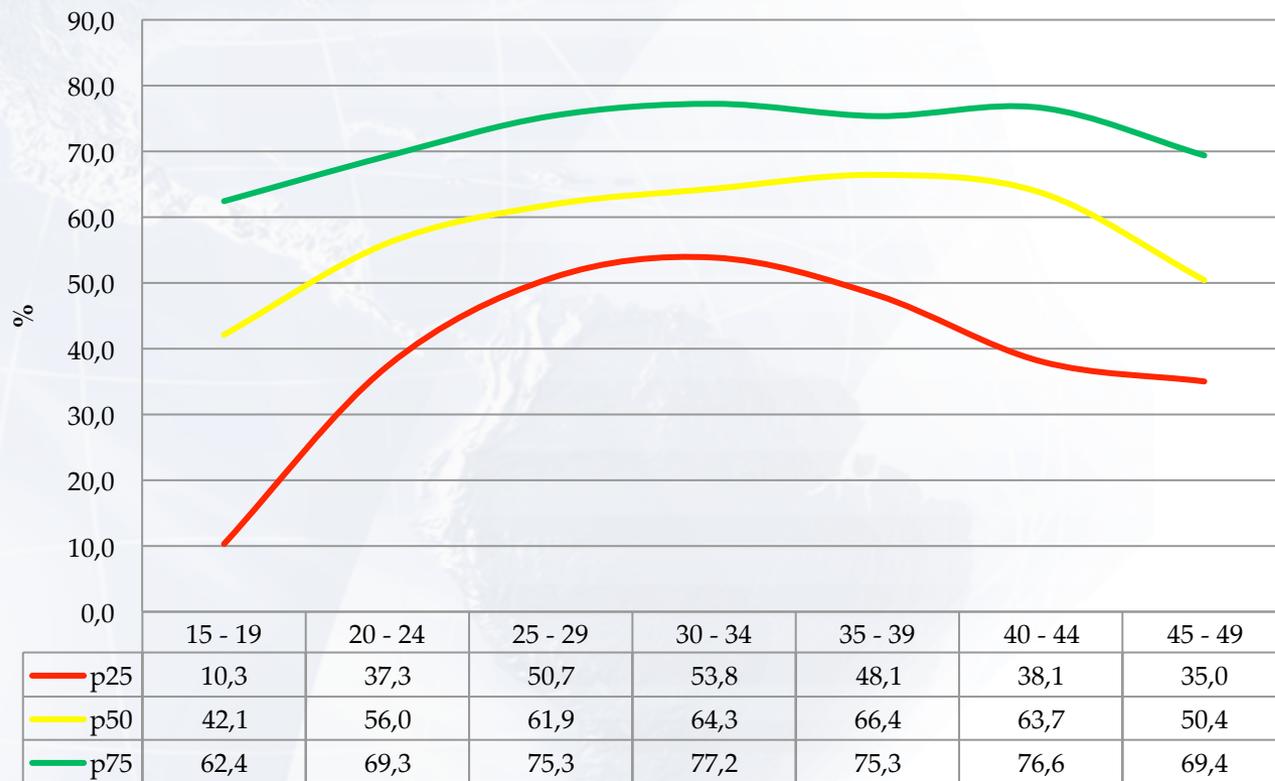
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Estado de los indicadores

Tasa de uso MAC en mujeres en EF según edad



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR**

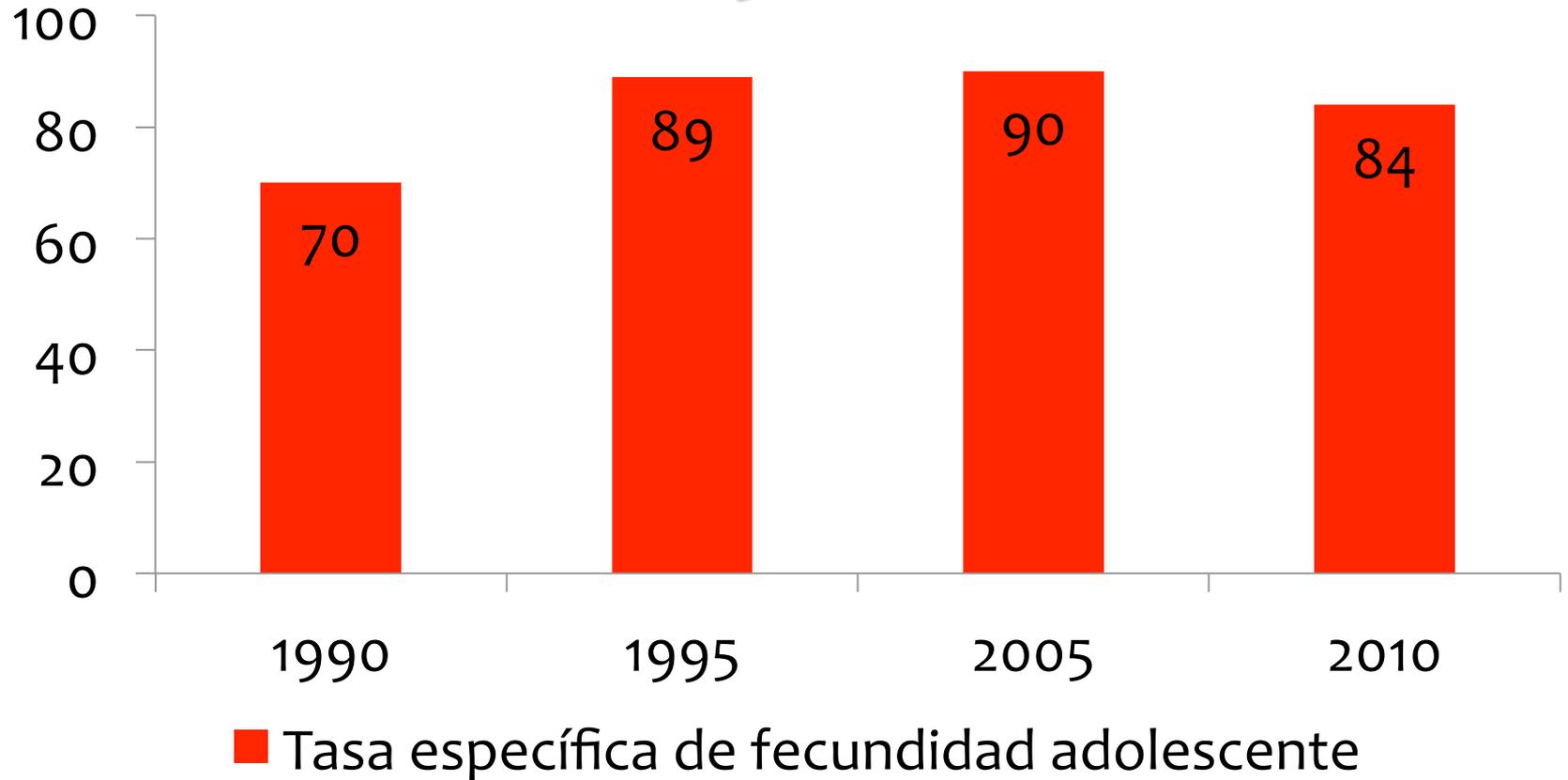


**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

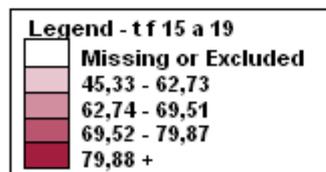
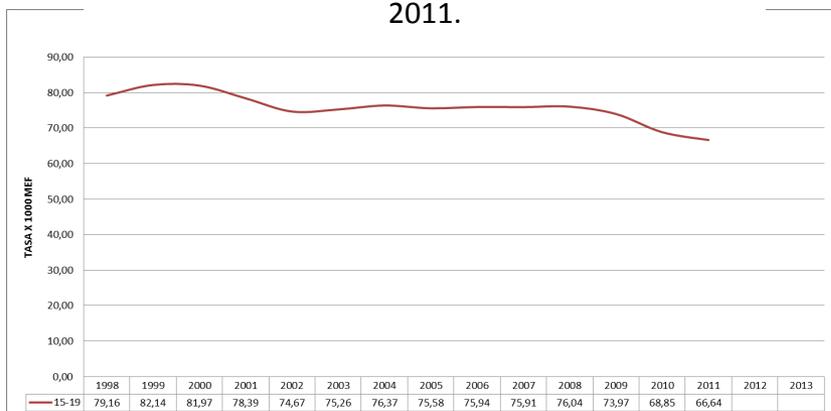
Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años



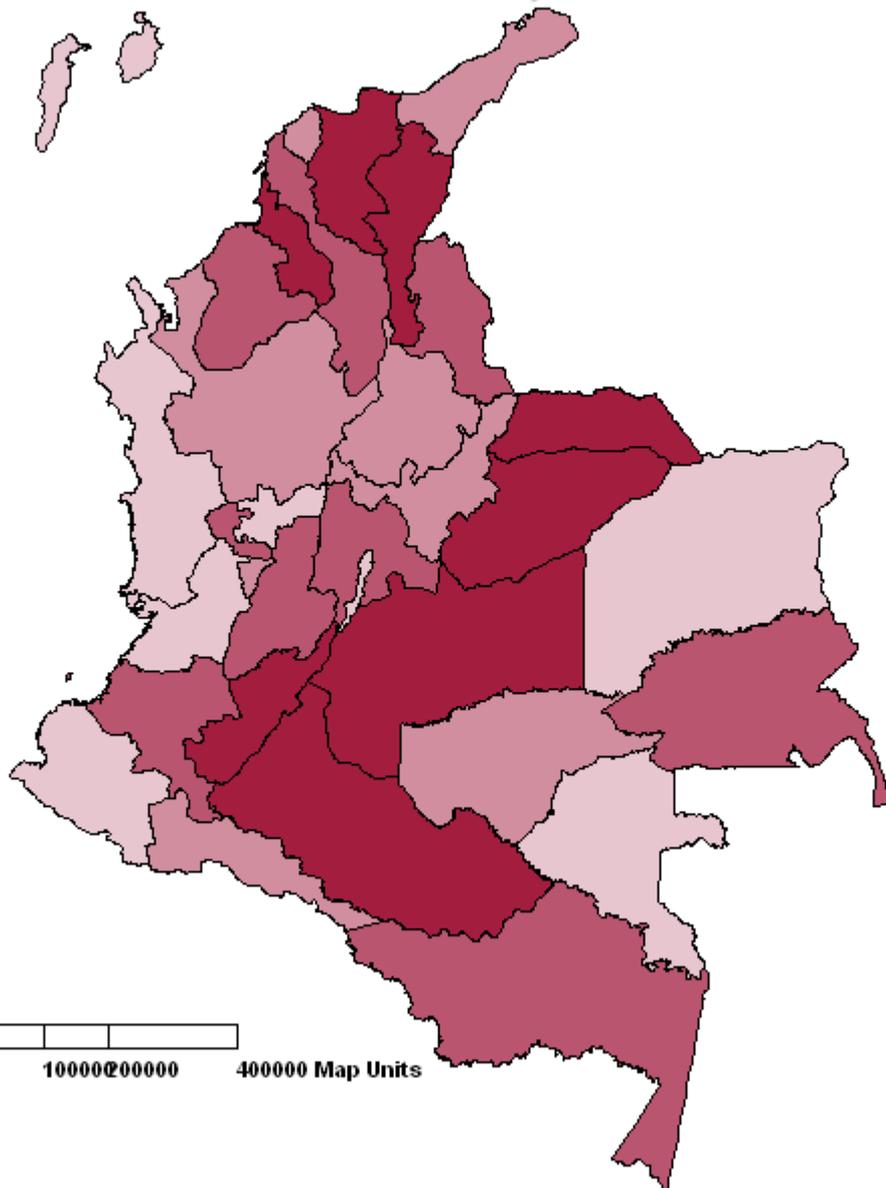
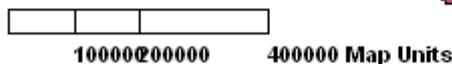
Fuente: Encuesta de Demografía y Salud ENDS 1990 - 2010

DISTRIBUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD 15 A 19 AÑOS POR DEPARTAMENTO COLOMBIA, 2010

TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD EN MENORES DE 15 A 19 AÑOS COLOMBIA, 1998 A 2011.

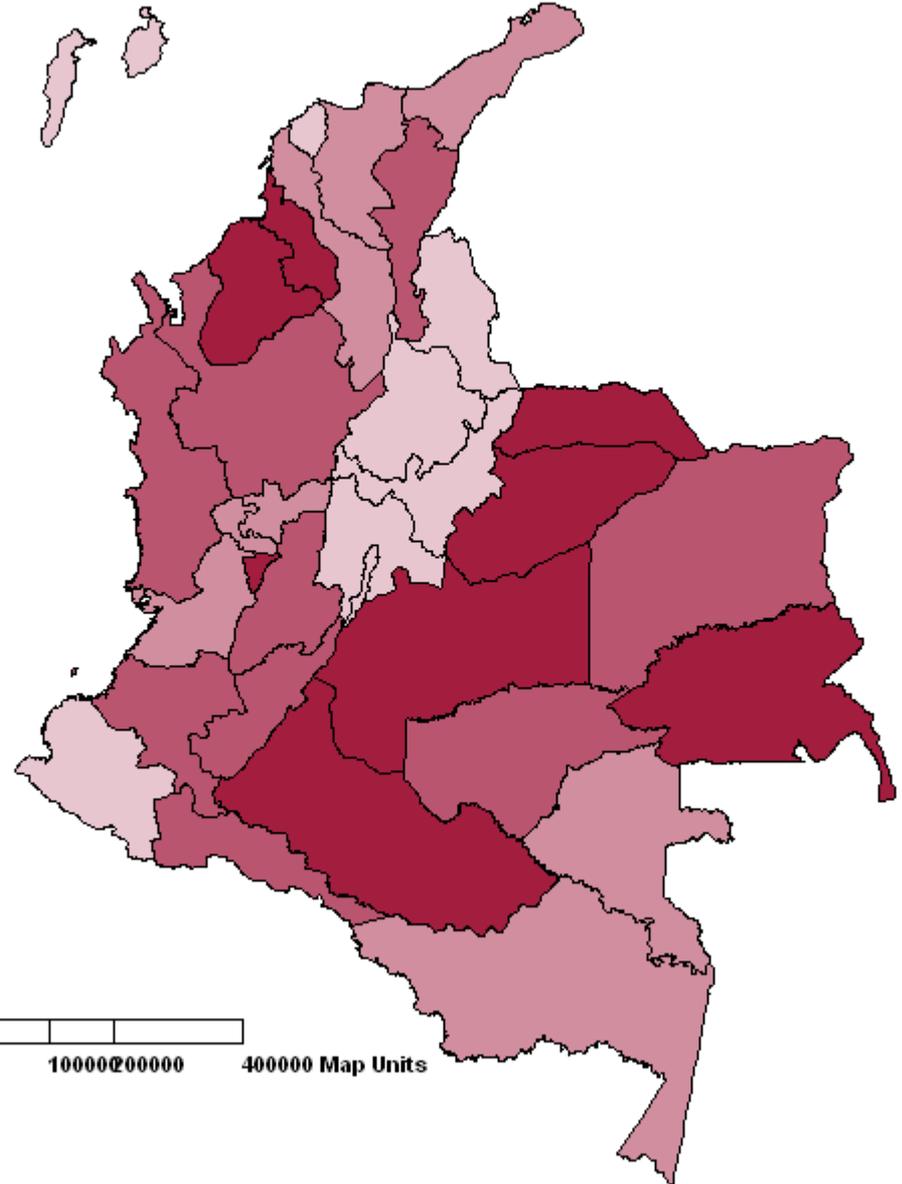
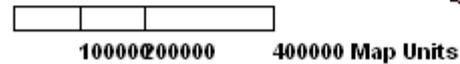
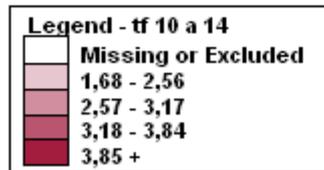
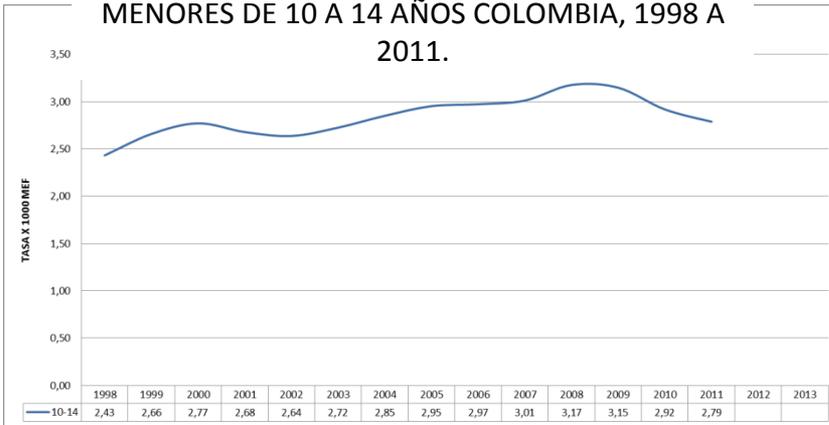


CALCULO A P



DISTRIBUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD 10 A 14 AÑOS POR DEPARTAMENTO COLOMBIA, 2010

TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD EN MENORES DE 10 A 14 AÑOS COLOMBIA, 1998 A 2011.



DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- La tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socioeconómicas, políticas y en general el nivel de desarrollo del área donde habitan las adolescentes. Esta relación explica las diferencias de las tasas y del curso que siguen estos fenómenos en cada persona, familia y comunidad.

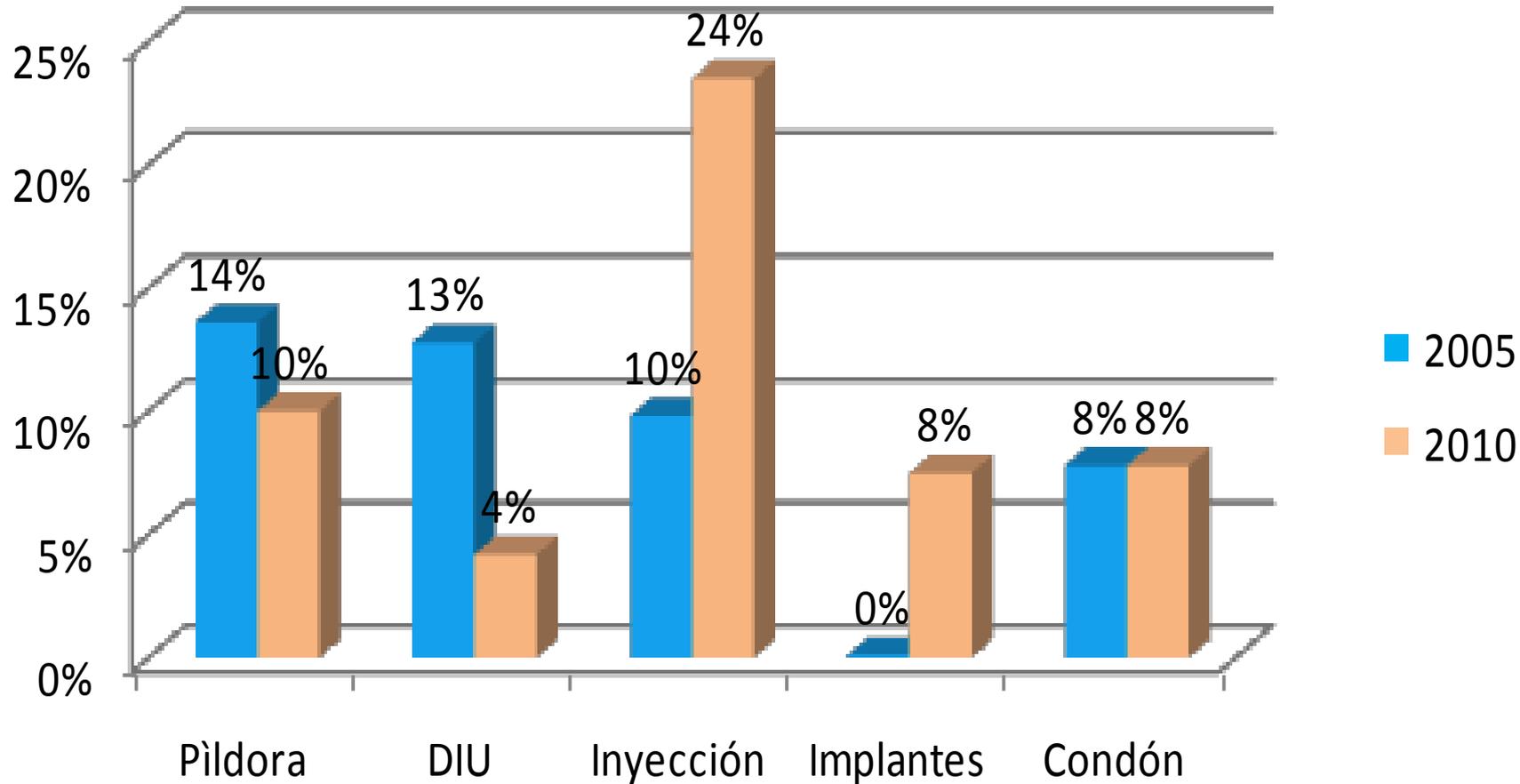
DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- Los adolescentes, aunque conocen los métodos anticonceptivos, saben poco sobre su funcionamiento y llenan estos vacíos de información con mitos, imaginarios y temores que en gran medida hacen que los usen irregularmente.
- Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad, son altamente diferenciales por estrato socioeconómico.
- Las adolescentes de los quintiles de riqueza más bajo y bajo, inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de quintiles de riqueza alto y más alto.

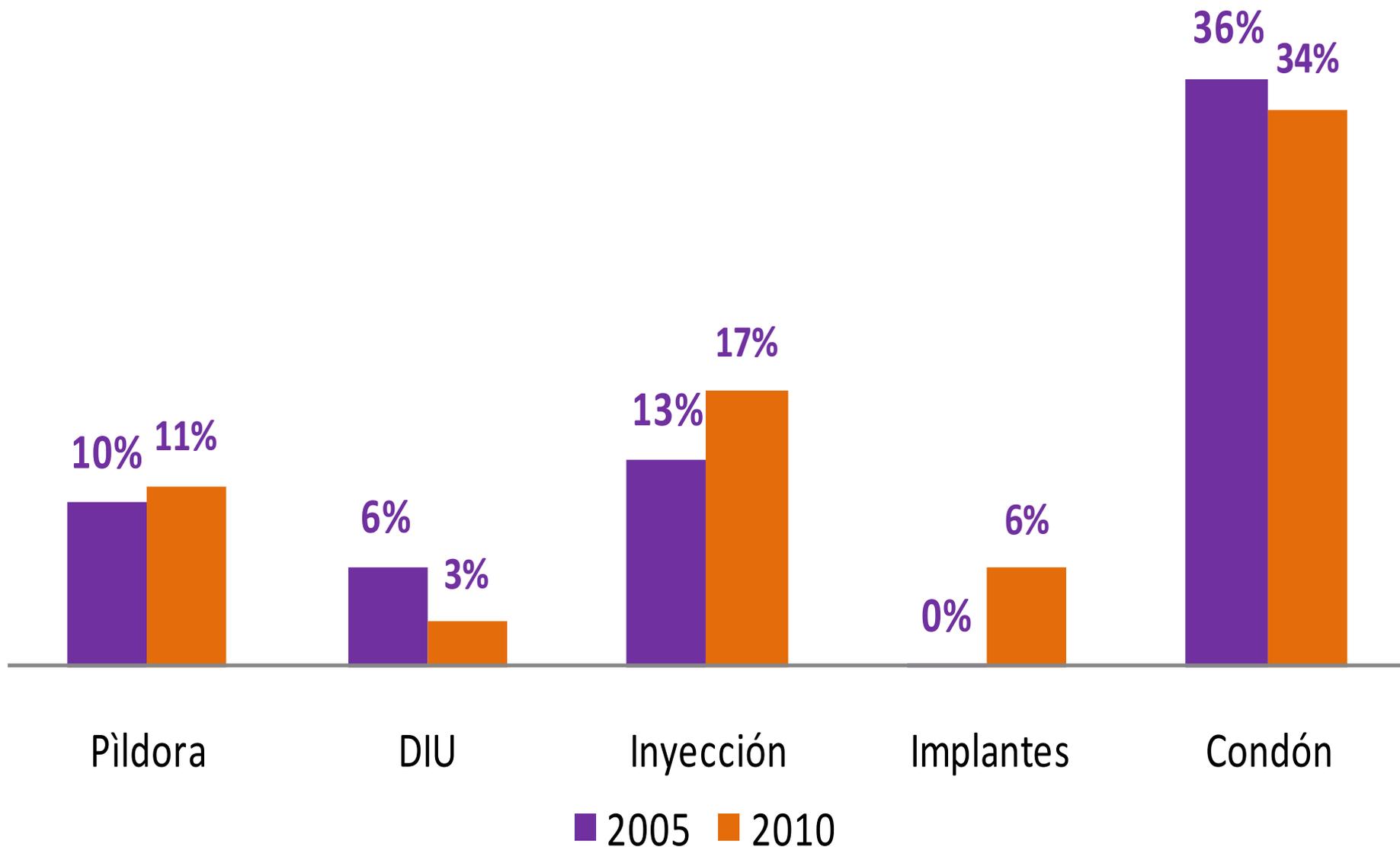
Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes

Características	Total de Modernos		Total Tradicionales		No utilizan	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Adolescentes Unidas	47%	55%	10%	6%	43%	40%
Adolescentes NO unidas sexualmente activas	66%	71%	13%	9%	21%	21%

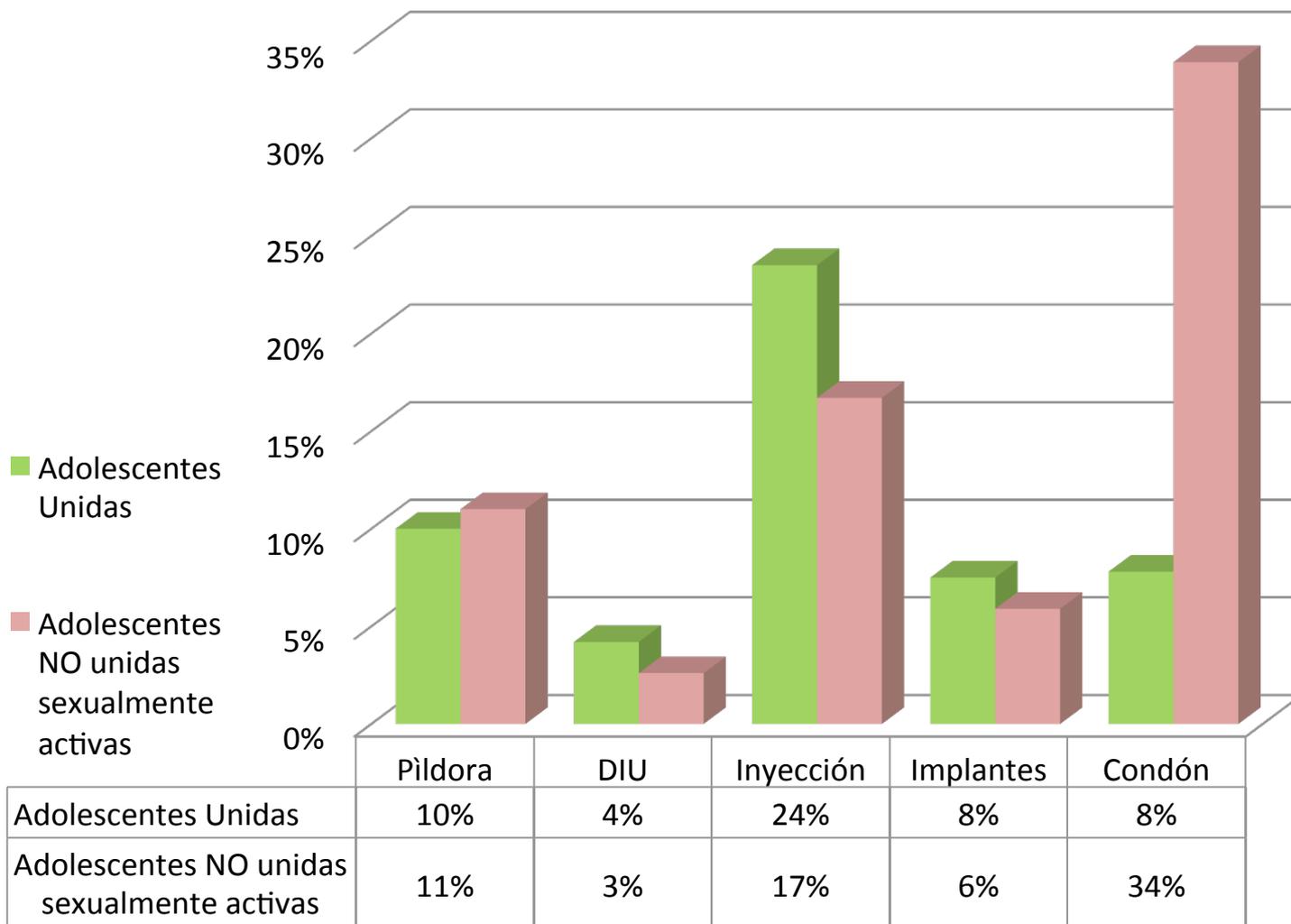
Uso actual de métodos anticonceptivos adolescentes unidas ENDS 2005 - 2010



Uso actual de métodos anticonceptivos. Adolescentes sexualmente activas. ENDS 2005 - 2010



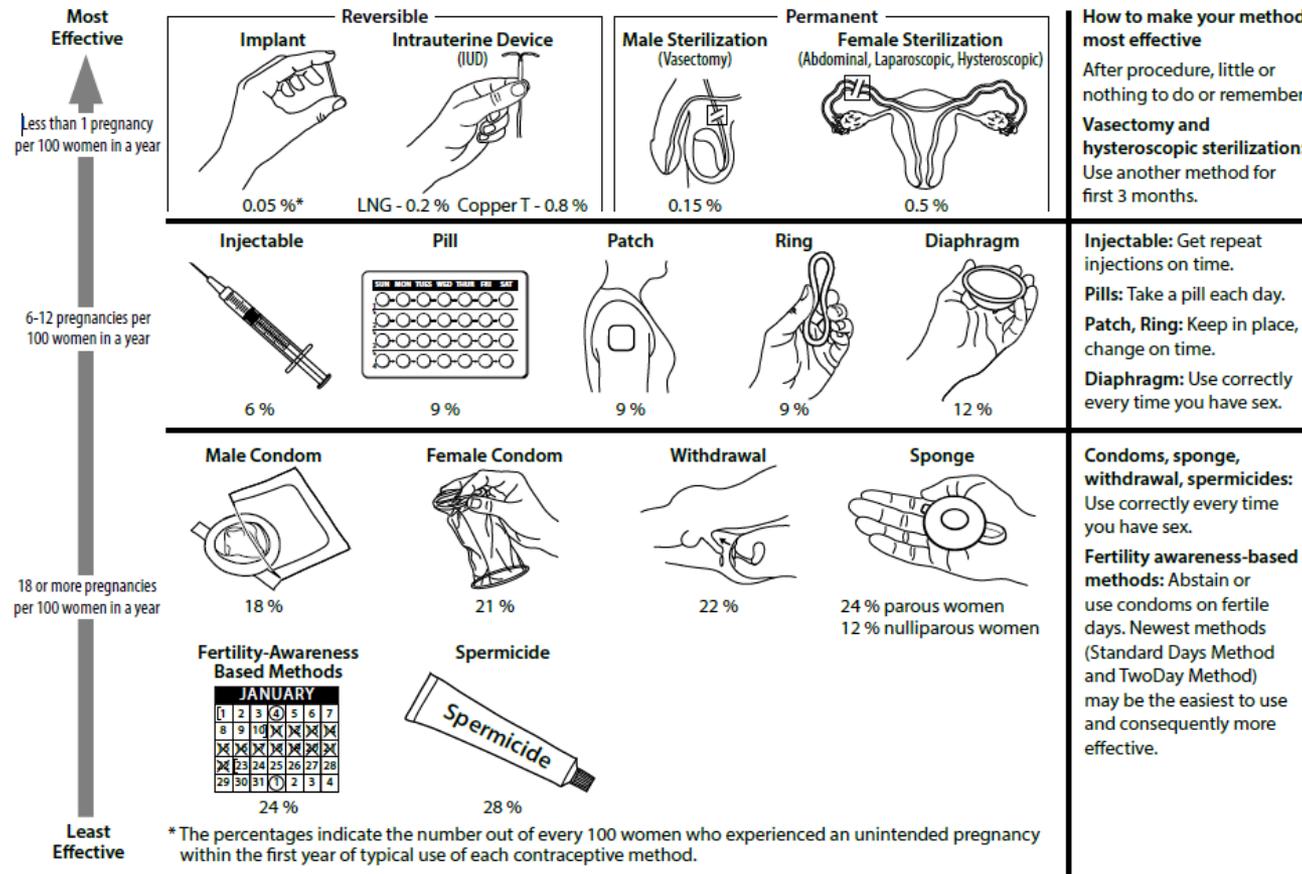
USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES



La necesidad insatisfecha en anticoncepción entre las adolescentes es del 20%;

EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Effectiveness of Family Planning Methods



Tier 1

Tier 2

Tier 3

CS 242797



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

CONDOMS SHOULD ALWAYS BE USED TO REDUCE THE RISK OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS.

Other Methods of Contraception

Lactational Amenorrhea Method: LAM is a highly effective, temporary method of contraception.

Emergency Contraception: Emergency contraceptive pills or a copper IUD after unprotected intercourse substantially reduces risk of pregnancy.

Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83:397-404.

USO DE MÉTODOS

Razones de Descontinuación de Métodos Anticonceptivos.

Efectos secundarios 15%
Quería un método más efectivo: 15%
Sexo poco frecuente/marido ausente: 13%
Quería quedar embarazada 13%
Quedó embarazada: 13%

Tasas de fallas:
Abstinencia periódica: 33,3%
MELA: 21,1%
Píldora 11,4%
Inyección 9,8%
Condón 7,7%

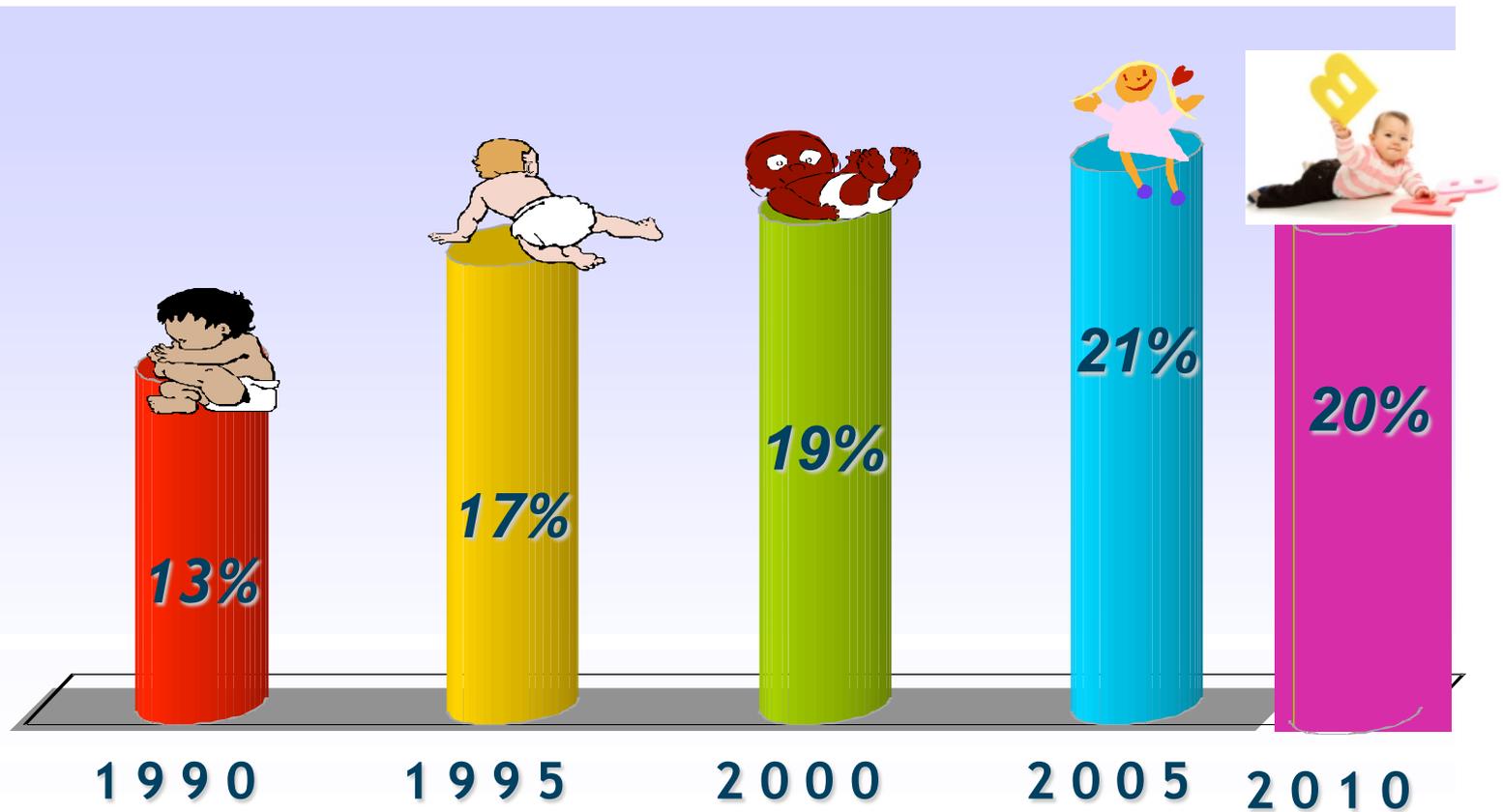
PORCENTAJE DE SEGMENTOS DE USO DE MÉTODOS QUE FUERON DISCONTINUADOS, DURANTE LOS PRIMEROS 12 MESES DE USO, SEGÚN RAZÓN PARA DESCONTINUAR Y MÉTODO ESPECÍFICO. COLOMBIA 2010.

Método Discontinuación	Falla del Método	Deseaba Quedar embarazada	Se cambió a otro método más efectivo	Otra Razón	Total 2010
Píldora	5.0	4.6	17.6	20.8	48.0
DIU	2.8	1.4	9.8	6.0	19.9
Inyección	3.9	3.6	21.5	19.7	48.6
Implantes	0.2	0.5	3.1	2.0	5.7
Condón	3.6	4.1	20.0	28.1	55.8
MELA	13.4	0.7	40.3	16.1	70.5
Espuma/Jalea	6.0	6.0	31.5	31.2	74.6
Abstinencia Periódica	16.8	6.3	14.9	11.2	49.3
Retiro	11.4	4.6	18.8	16.6	51.5
Otros Métodos	15.3	4.9	14.7	12.5	47.3
Todos los métodos 2010	4.6	3.3	16.1	17.3	41.4

DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- El sector de la salud debe ofertar y operar servicios de atención integral, dando respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de salud de estas adolescentes y de las demás personas afectadas en este proceso.
- Debe liderar esfuerzos para proponer y desarrollar políticas, programas, acciones y servicios de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente y joven.
- Infortunadamente, este sector puede convertirse en generador de barreras que impiden que las y los adolescentes no logren acceder a los recursos necesarios para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Evolución del embarazo en Adolescentes Colombia 1990 -2005



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud ENDS 1990 -2010

DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- El diagnóstico que realizó en el 2008 el Organismo Regional Andino sobre el embarazo adolescente evidenció una diferencia notable dada por la condición de género.
- Mientras que una de cada diez adolescentes se convierte en madre durante el paso por esta etapa de ciclo vital; uno de cada cincuenta adolescentes varones es padre.
- Resulta paradójico que para aquellas adolescentes que viven en desventaja social, el embarazo no es percibido como problema. Todo lo contrario, para ellas esta condición es asumida de manera normal, muchas veces con orgullo, en tanto con ello cumplen el rol de género, que le imponen las normas culturales de su comunidad.

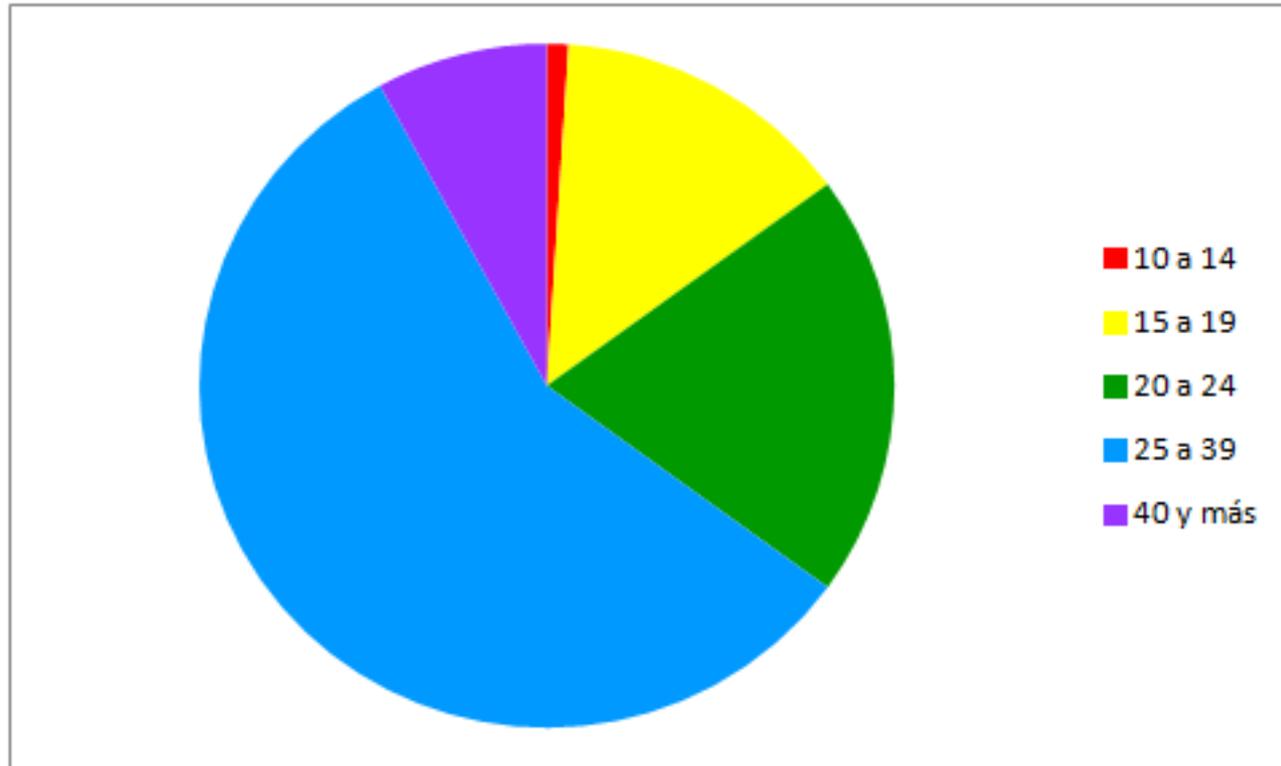
DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES DE SALUD DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- El embarazo en adolescentes, está relacionado con violencia sexual, en particular en las niñas menores de 14 años.
- El Sistema de Información del Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses, “Forensis” registra que sobre el total de dictámenes sexológicos realizados, los exámenes realizados a niños, niñas y adolescentes (NNA) son en promedio el 85% del total de los casos.
- Las adolescentes en situación de desplazamiento, presentan mayores índices de embarazo
- Las percepciones sobre la maternidad como valor imprescindible y única vía para lograr respeto y reconocimiento social de la mujer adolescente.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE

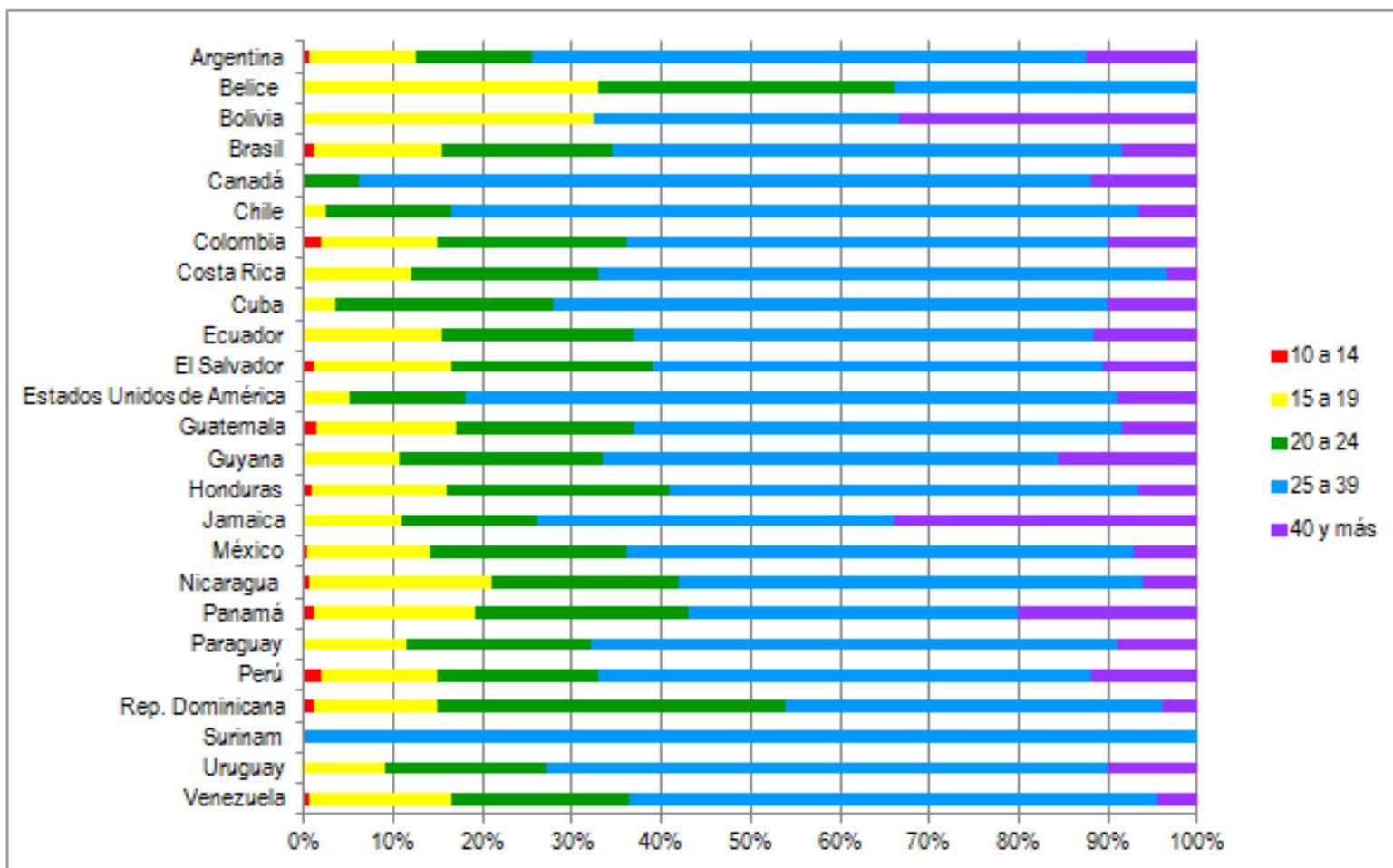
- Los hijos de adolescentes tienen de 2 a 7 veces más riesgo de sufrir bajo peso y complicaciones perinatales y neonatales, trastornos del aprendizaje y de la conducta, desescolarización e involucramiento en conductas de riesgo cuando alcanzan la adolescencia.
- El bajo peso al nacer y la muerte neonatal temprana muestran un aumento a medida que disminuye la edad materna, entre las menores de 15 años (OR 1,62, IC: 1,54-1,71), y entre los 18 y 19 años (OR 1,20, IC: 1,17-1,24).
- La mortalidad infantil en madres adolescentes, en Colombia es una de las más altas de la región, con 25 defunciones por cada 1.000 nacimientos.

Distribución porcentual del total de muertes maternas en las Américas según grupos de edades (en años) - 25 países, año 2013



Fuente: Informe de avance PARMM, 2015

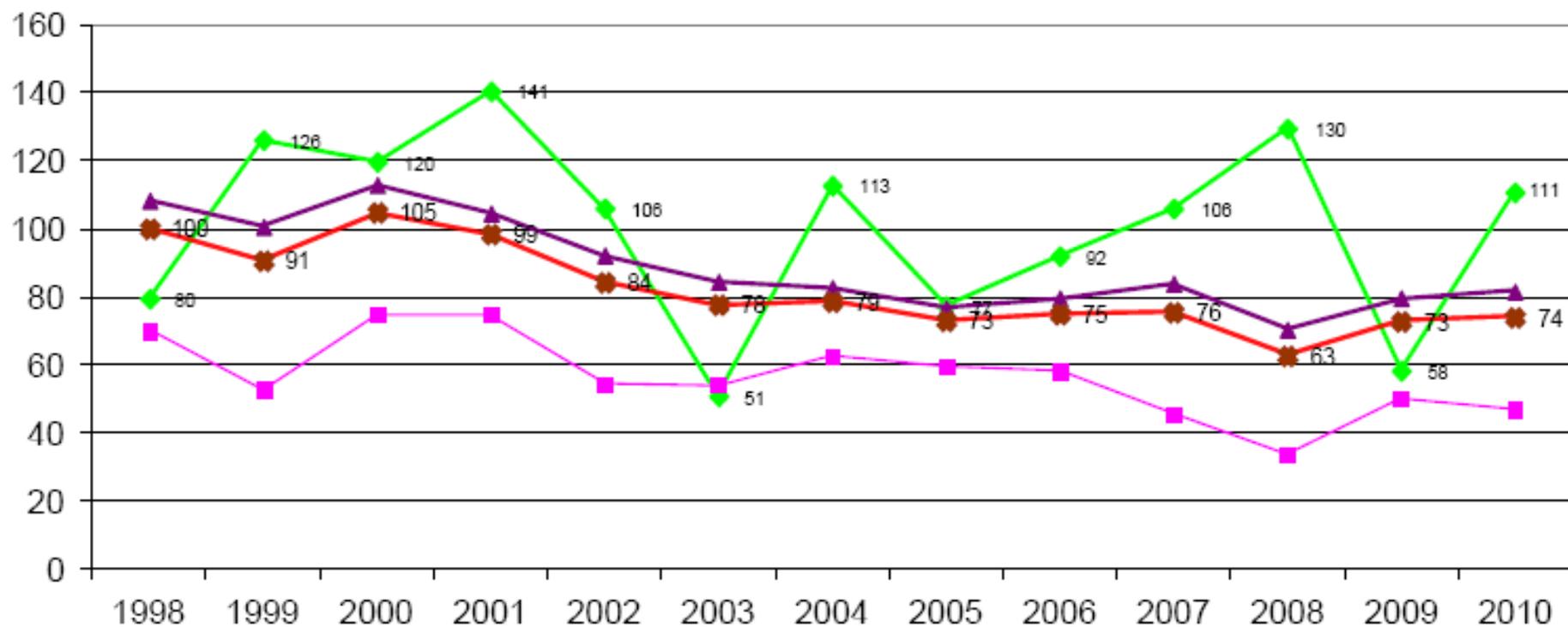
Distribución porcentual de las muertes maternas según grupos de edades en años y por países (25 países de las Américas año 2013)



Fuente: Informe de avance PARMM, 2015



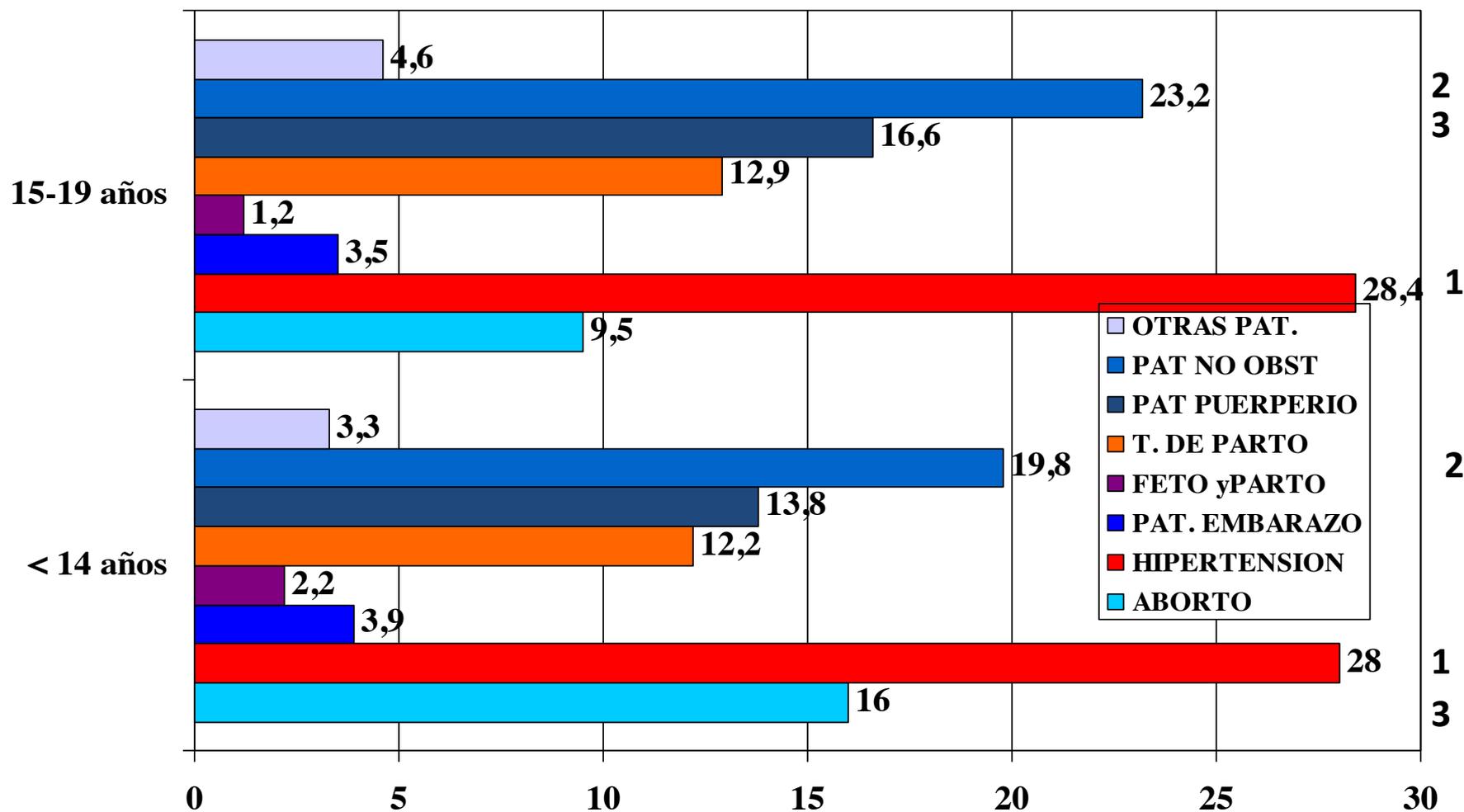
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES 1998 - 2010



- Fuente: INS – Elaborado según proyecciones DANE

Fuente: DANE .

Causas de mortalidad materna registradas en los certificados de Defunción en cuatro Países de la Región con información entre 2000 y 2008. Argentina, Brasil, Colombia y Costa Rica. Consolidado a partir de la Información de anuarios oficiales de los Países obtenidas en Internet.



CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE

- Postparto: factores que comprometen su futuro y ayudan a perpetuar y aumentar el círculo vicioso de pobreza y limitaciones personales
 - mayores casos de obesidad e hipertensión
 - la pérdida de la continuidad escolar
 - el aumento de la dependencia
 - la pérdida de la capacidad laboral
 - la dificultad en la formación de pareja
 - el aumento en la posibilidad de tener más hijos durante la adolescencia

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE

- La salud mental de la adolescente también necesita de atención y cuidado con especial énfasis en la prevención y diagnóstico oportuno de depresión tanto durante la gestación como en el postparto.
- Esta patología registra aumento en la población adolescente en general y tiene claras relaciones con maltrato, violencia y disfunción familiar, es evidente que hay un terreno que propicia en estas jóvenes alta vulnerabilidad para las alteraciones psíquicas.

RECOMENDACIONES

- Los adolescentes más jóvenes, en particular, deben ser alentados, pero nunca obligados a informar a sus padres o tutores de su decisión de utilizar métodos farmacológicamente activos de anticoncepción.
- En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas.

RESUMEN DE CME POR EDAD

Metodo	AOC, Parche, Anillo	APS	Implantes	Barrera	Inyección	DIU
Edad	< 40	Todas las edades	Todas las edades	Todas las edades	<18	< 20
CME	1	1	1	1	2	2

1	Use el método en cualquier circunstancia
2	En general, use el método
3	El uso del método generalmente no se recomienda
4	No se debe usar el método

OPCIONES ANTICONCEPTIVAS DE LARGO PLAZO, REVERSIBLES:

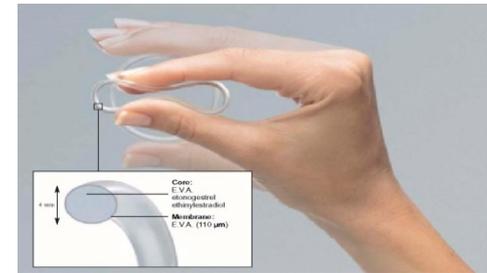
Sistema intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG), efectivo por 3 - 5 años¹



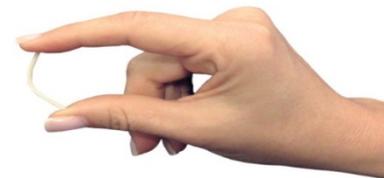
Dispositivo intrauterino de Cobre 380A (DIU), efectivo por 10 años³



Anillo vaginal, recambio mensual



Implante subdérmico, efectivo por 3 años⁴



1. Mirena® [package insert], Bayer HealthCare Pharmaceuticals 2008, Wayne, NJ; 2. DepoProvera® [package insert], Pfizer Corporation 2006, New York, NY; 3. Paragard T380A® [package insert], Duramed Pharmaceuticals 2006, Pomona, NY; 4. IMPLANON® [package insert].

Métodos Reversibles Nivel 1

«Más Efectivos»

- Anticoncepción reversible prolongada
 - El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel
 - DIU de cobre
 - Implante



Nivel 1 Adolescentes

Anticoncepción reversible prolongada (ARP)

- "Anticoncepción olvidable"
- No depende de conformidad/adherencia
- Ampliar el acceso a ARP para las mujeres jóvenes ha sido declarada una prioridad nacional" (OIM)
- "Se debe considerar como opciones de primera línea tanto para adolescentes nulíparas como multíparas" (ACOG 2007)

DIU Levonorgestrel

- Eficaz durante al menos 3 o 5 años.
- Efectos secundarios: sangrado irregular.
- Reduce la dismenorrea y la pérdida de sangre menstrual.
- No protege contra las ITS.

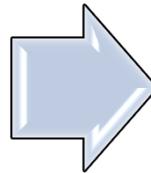


Contraceptive Technology, 20th edition

<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda>

EFFECTOS HORMONALES DE LNG-SIU

Riesgo teórico de
afección neonatal por
LNG a través de
lactancia más no en
estudios clínicos.



Estudio de LNG – SIU VS CU T380A
en mujeres lactantes con inserción
pos puerperal:

- No hay efectos adversos secundarios a la lactancia por LNG SIU en crecimiento y desarrollo del niño.
- No hay diferencias en volumen , composición de leche y duración de lactancia.

DISPOSITIVOS LNG POSPARTO INMEDIATO

No hay estudios que examinen uso ,aceptabilidad y continuidad

Infección.
Hayes JL, 2007, N: 20.
Chen BA, 2010, N: 50

Inserción PP: 0 Casos de infección.
Inserción PP:Un caso de chlamydia y EPI a las 8 semanas vs 1 : 46 casos en inserción pos puerperal p >0.99

Perforación

No se han informado casos

Sangrado.
Elsedeek MS.2012

Cu-IUD versus LNG-IUS y control : LNG IUS < sangrado que Cu DIU y control p< 0.01

Expulsión
Chen BA,2010

12 de 50 (24.0%; 95% IC,13.1–38.2) Inserción PP Y 2 de 46 (4.4%; 95% IC, 0.5–14.8) (P = 0.008) inserción pos puerperal

Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)

- Aprobado por 10 años.
- Eficaz durante al menos 12 años.
- Efectos secundarios: sangrado irregular, sangrado abundante.
- La mayoría son eficaces como anticonceptivos de emergencia.
- No protege contra las ITS.



Dispositivos intrauterinos posparto

<p>Efectividad Thiery M, 1985, Cohorte N: 2737 mujeres Inserción p.p.</p>	<p>Tasa de embarazo 0.8% a un año vs 2.8% a 24 meses.</p>
<p>Infección. Chen BA,2011, N 16000</p> <p>Perforación Cole LP,1984</p> <p>Sangrado Thiery M,1980</p> <p>Expulsión : 1:20 Kapp N, Revisión 15 estudios</p>	<p>Tasa de infección 0.2%, no incrementa la tasa de infección</p> <p>1:3800 en inserción pp vs 1.6 : 1000 en inserción intervalo.</p> <p>15.6% en 1150 mujeres p.p vs 34,6 en 842 inserción de intervalo.</p> <p>Inserción 10 minutos pos PVE: 7-15%. Inserción 10 minutos a 48 h : 37% Inserción pos cesárea : 0 – 4</p>

Implante anticonceptivo

- Eficaz durante al menos 3 años.
- Efectos secundarios: sangrado irregular.
- No protege contra las ITS.



IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Lewis LN,2010. Estudio australiano: tasa de de continuidad luego de inserción PP de Implante , ACOC, AMP, métodos de barrera y ningún método:

Tasas de continuidad significativamente altas y tasas de embarazo menores que con los otros métodos $p < 0.022$.

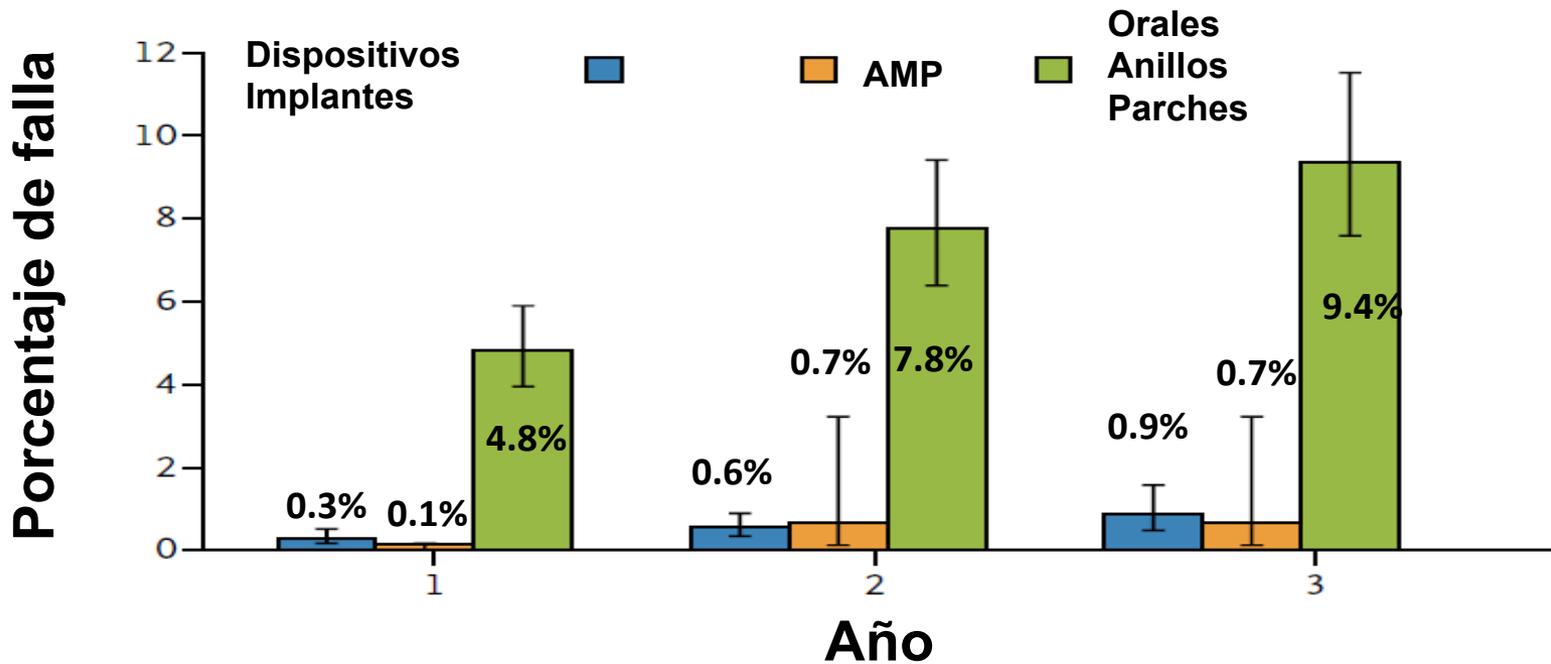
Tasas de continuidad: 86.6% a 12 meses: gran aceptabilidad.

Contraception 2010; 81: 421–426

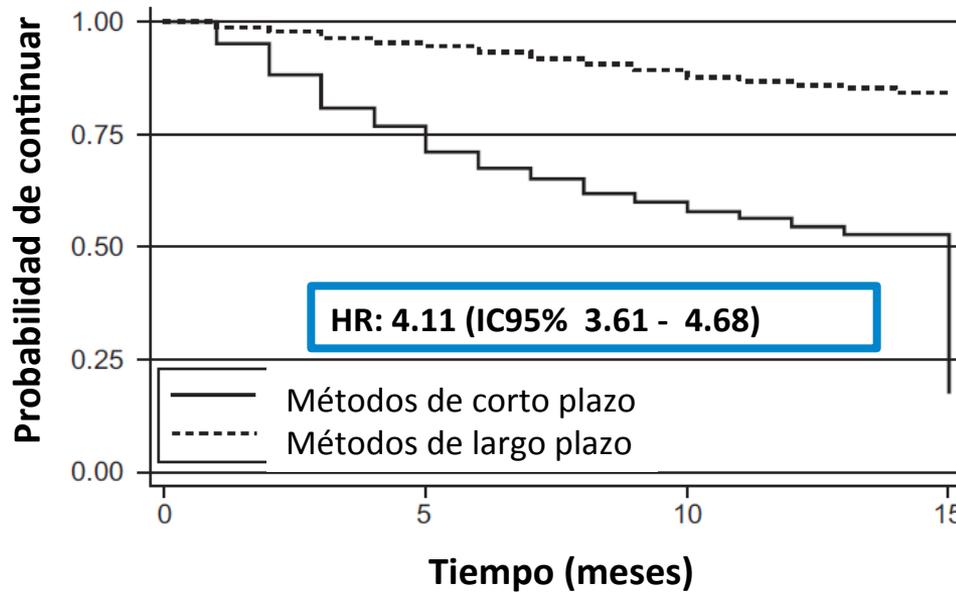
EUR J Contracept Reprod Health Care 2008; 13: 29–36.

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2013; 53: 331–337

FALLAS DEL MÉTODO



Continuidad con el método



SIU 88%
T Cu 84%
Implante 83%

AMP: 57%
Oral: 55%
Anillo: 54%
Parche: 49%

CONTINUACIÓN - SATISFACCIÓN

Método	Continuación 12 m	Muy satisfecha	No satisfecha
SIU LVN	87.5%	70.4%	14.4%
T Cu	84.0%	65.6%	19.9%
Implante	83.3%	54.8%	21.3%
AMP	56.5%	42.3%	46.0%
Orales	55.1%	41.0%	46.4%
Anillo	54.2%	46.6%	47.3
Parche	49.1%	35.1%	55.7%

EMBARAZOS NO PLANEADOS EN PRIMER AÑO Y TASAS DE CONTINUACIÓN DE DIU E IMPLANTES USA

Método	Uso típico	Uso perfecto	% uso continuo
Tcu	0.8	0.6	78
IUD LVNG	0.2	0.2	80
Implante	0.05	0.05	84
Píldora combinada	9	0.3	67
Solo progestina	-	-	-
Tubectomía	0.5	0.5	100
Vasectomía	0.15	0.10	100

Métodos Nivel 2

"Moderadamente eficaz"

- Inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)
- Píldora
- Parche
- Anillo

Contraceptive Technology, 20th edition



Uso correcto y consistente

- Métodos que requieren un mayor esfuerzo por parte del usuario tienen mayores tasas de fracaso.
- El uso correcto y consistente de píldoras y preservativos puede ser difícil para todas las edades.
- Las mujeres entre 18-24, en los 3 últimos meses.
 - 45% perdió 1 o más pildora(s).
 - 62% no utilizó condones cada vez.

Frost JJ, Darroch JE, Remez L. Improving contraceptive use in the United States. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst). 2008;(1):1-8.

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

- Una inyección cada 3 meses.
- Anticonceptivo confiable durante 3 meses, pero los efectos pueden durar hasta 9 meses.
- Efectos secundarios: sangrado irregular y amenorrea.
- No protege contra las ITS.

Contraceptive Technology, 20th edition



Píldoras anticonceptivas

- Las píldoras combinadas contienen estrógeno y progestina (AOC).
- Píldoras sólo de progestina.
- El uso prolongado.
- Efectos secundarios: sangrado irregular.
- No protege contra ITS.



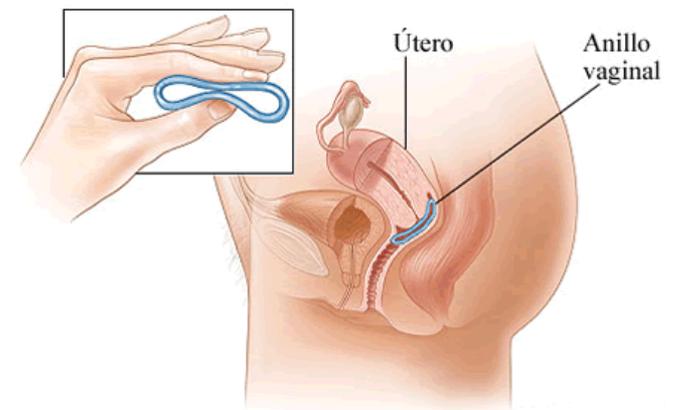
Parche anticonceptivo

- Liberan estrógeno y progesterona.
- Un parche por semana durante 3 semanas, después 1 semana sin parche.
- Efectos secundarios: sangrado irregular.
- No protege contra las ITS.



Anillo vaginal anticonceptivo

- Liberan estrógeno y progestina
- Un anillo para 3 semanas, después 1 semana sin anillo.
- Efectos secundarios: sangrado irregular
- No protege contra las ITS



Inicio rápido

- La iniciación de la anticoncepción en cualquier día del ciclo.
- Más fiable y rápida protección de embarazos no planeados.
- Recomendable 7 días de reserva o la abstinencia.
- Mejora la continuidad a corto plazo.
- No hay un aumento en el sangrado no programado.

Métodos Nivel 3

"Menos eficaz"

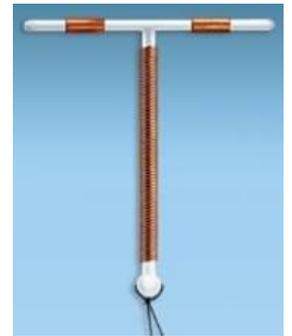
- Condones (masculino y femenino)
- Diafragmas, capuchón cervical, esponja
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
- Retiro
- Los espermicidas

Contraceptive Technology, 20th edition



Anticoncepción de Emergencia

- Hasta 120 horas después de la relación sexual sin protección
- Dos métodos de liberación
 - DIU de cobre
 - Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)



PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

- **ACETATO DE ULIPRISTAL**

- Anti-progesterona, píldora única
- Más efectivo que el LNG entre 3-5 días
- Puede ser más eficaz que el LNG en obesas solamente

- **LEVONORGESTREL**

- Disponible como una o dos pastillas
- Sólo progestina

- **MÉTODO YUZPE**

- Píldoras combinadas de estrógeno/progestina, píldoras múltiples
- Menos eficaces, más efectos secundarios

BENEFICIOS NO ANTICONCEPTIVOS

- ***Dismenorrea***: AOC, implantes, DIU-LNG
- ***Control de Ciclos***: LNG-DIU, AMPD, ACO
- ***Protección contra el cáncer***: AOC protegen contra el cáncer de ovario y de endometrio
- ***Embarazo ectópico***: AOC
- ***Acné***: AOC y, posiblemente, el parche y el anillo
- ***Supresión menstrual***: AHC continuas, AMPD, implantes, DIU-LNG
- ***Dolor de la endometriosis***: AOC, AMPD, implantes, DIU-LNG
- ***Síntomas Premenstruales o menstruales relacionados***: el uso prolongado o continuo de AHC, o cualquier supresión menstrual.

ANTICONCEPCIÓN: MITOS Y CONCEPTOS ERRÓNEOS

- **Mito: El DIU causa enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e infertilidad.**
 - Realidad: La clamidia y la gonorrea causa EPI y puede conducir a la infertilidad.
- **Mito: Los AMPD causan fracturas.**
 - Realidad: Una pequeña cantidad de la densidad mineral del hueso perdido durante el uso, recuperado después de la interrupción
- **Mito: Las píldoras anticonceptivas causan cáncer**
 - Realidad: Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio

BARRERAS A LA PRESTACIÓN DE ARP

- La preferencia del paciente
- La preocupación por la seguridad
 - Riesgo de EPI
 - Nulíparas, adolescente, no monógama
- No entrenamiento en la inserción del DIU
- DIU no disponibles.

Tyler CP et al. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2012;119:762-71.

Madden T et al. Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception* 2010;81:112-6

USO ARP POR ADOLESCENTE

- Barreras
 - Costo
 - Conocimientos y actitudes
 - 80% de los adolescentes nunca oyó hablar de DIU
- Oportunidad
 - Proyecto CHOICE, St. Louis
 - Las mujeres educadas sobre ARP
 - Todos los métodos proporcionados sin costo
 - 62% de los adolescentes eligió ARP
 - 69% de las edades 14-17
 - 61% de las edades 18-20

Whitaker AK et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. 2008 Sep;78(3):211-7.

Mestad R et al. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2011 Nov;84(5):493-8.

RECOMENDACIONES

- “Mensajes claves” que se recomienda a los médicos que atenderán a las y los adolescentes:
 - Muchos adolescentes inician actividad sexual, a veces a muy tempranas edades.
 - Los adolescentes no acostumbran, preguntar o solicitar de manera espontánea servicios e información sobre SSR. Hay que ser proactivo y preguntarle a todo adolescente sobre su posición y situación frente a actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos y dudas sobre su salud sexual y reproductiva.
 - Preparar y ensayar “guiones” o “frases” alentadoras del diálogo en torno al tema, es una estrategia útil.

RECOMENDACIONES

- Los métodos anticonceptivos deben proveerse inmediatamente, tan pronto se requiera o lo soliciten.
- La mayoría de adolescentes tienen la madurez emocional y cognitiva para recibir servicios integrales en SSR, pero la mayoría desconocen que tienen ese derecho y que existen esos servicios.
- Si la adolescente decide continuar la gestación, poner un empeño y esfuerzo especial para garantizar un cuidado integral antes, durante y después del parto.
- Debe hacerse una consejería oportuna sobre aborto y remisión a servicios de atención con calidad garantes de derechos.

PLAN DE ACCIÓN 2015

Comité: Infancia y Adolescencia



QUE (ACTIVIDAD)	CUANDO (FECHAS)	DONDE	´PRESUPUESTO (Gastos y Financiación)	RESPONSABLE	CONTROL
Consenso sobre un tema de particular (Anticoncepción en Adolescentes menores de 14 años)	Cada tres años Agosto 2017	México Congreso FLASOG 2017	Presupuesto 6 integrantes U\$ 6000	Dra. Margarita Castro	Agosto 2016 Mayo 2017 Septiembre 2017
Una investigación multinacional (Anticoncepción de emergencia. Conocimiento de los Adolescentes)	2015 - 2017	Regiones integran FLASOG	- Apoyo logístico y técnico - Presupuesto	Dra. María Mercedes Pérez	Julio 2016 Febrero 2017
Desarrollo de un curso de posgrado (simposio, taller, etc.)	Cada 3 años	Congresos de FLASOG 2017	Apoyo a los docentes	Dra. Margarita Castro	Agosto 2015 Julio 2016 Septiembre 2017

Integrantes

Comité: Infancia y Adolescencia



FLASOG

1. Dra. Margarita Castro – Coordinadora (Panamá) castromaggy@gmail.com
2. Dr. Raúl Bermúdez (Cuba) berlar@infomed.sld.cu
3. Dr. Jorge Peláez Mendoza (Cuba) jorge.pelaez@retina.sld.cu
4. Dra. Mercedes Pérez (Venezuela) mperez62@gmail.com
5. Dra. Gricel Valerio (Uruguay) grival@adinet.com.uy

"Si una adolescente que tratamos a causa de las complicaciones derivadas de un aborto se encuentra en esa situación por que no tuvo acceso a anticoncepción , le hemos fallado. Si una vez atendida se retira del establecimiento sin planificación familiar, le hemos fallado dos veces".

verme 1994