

CONSENSO EMBARAZO ADOLESCENTE

SOGIBA 2019

INTRODUCCION

Anualmente, en el mundo, nacen 16 millones de niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. Aproximadamente 3 millones de jóvenes en esta franja etaria se someten a abortos peligrosos y las complicaciones durante el embarazo y parto continúan siendo la segunda causa de muerte entre los 15 y 19 años. (OMS 2018)

Según cifras de la Secretaría de Salud, en la Argentina, durante el 2017 se produjeron 704.609 nacimientos, de los cuales, 94.079 fueron de madres menores a 20 años; lo que representa 13,6% del total de los nacimientos de dicho período. 2.493 correspondieron a niñas y adolescentes de menos de 15 años y 91.586 a adolescentes entre 15 y 19 años.

La distribución de nacidos vivos en niñas y adolescentes menores de 15 años muestra que la mayoría de los nacimientos se concentran en los 14 años. (DEIS 2017)

La tasa de fecundidad adolescente entre los 10 y 14 años fue de 1,5 nacidos por cada 1.000 niñas/adolescentes, lo que significa, entre 6 y 7 nacimientos diarios. (DEIS 2017).

América Latina y el Caribe han experimentado la disminución más lenta de la fecundidad adolescente entre los 15 y 19 años de todas las regiones del mundo y se ha citado como la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en menores de 15 años. El porcentual de nacimientos entre 15 y 19 años, para América Latina y Caribe es de 18%, mientras que en el mundo es del 10%, en Europa 5% y en Asia 7%. ¹⁻²⁻³⁻⁴

El embarazo en adolescentes es un fenómeno social con gran impacto en la salud pública. Desde la perspectiva socio-sanitaria se reconocen diferencias que separan a las adolescentes más jóvenes de las mayores. Resulta adecuado considerar esta etapa de la vida en dos períodos: la adolescencia temprana (entre los 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Esta diferencia cobra particular relevancia al considerar los determinantes del embarazo: entre las adolescentes de 10 a 14 años se debe considerar más frecuentemente la existencia de abuso y coerción⁵⁻⁶⁻⁷, también denominados-

embarazos y maternidades infantiles forzadas—, si bien se han encontrado situaciones en los cuales el embarazo ha sido intencional.

A su vez, la multi-causalidad del embarazo durante la adolescencia nos pone frente a situaciones y/o contextos familiares/sociales que condicionan la aparición del embarazo por causas más profundas que la relación sexual desprotegida. Circunstancias de la vida como pobreza, baja calidad escolar, familias monoparentales, tener una madre adolescente, o una hermana que quedó embarazada siendo adolescente, ponen a las jóvenes en mayor riesgo.

También podemos hacer una diferenciación entre las jóvenes cuyo embarazo es:

- a) **no intencional**: 7 de cada 10 embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años no son intencionales y 8 de cada 10 en niñas menores de 15 años (DEIS, 2015 y SIP 2015.)⁸
- b) **intencional**: cuando el embarazo es elegido como proyecto de vida alternativo o cuando fallan los soportes que deberían sostener el crecimiento, maduración y desarrollo en esta etapa de la vida.

Las complicaciones del embarazo y parto son las principales causas de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años. La mortalidad alrededor de los 20 años es menor y es máxima en las madres menores de 15 años.

El tener un hijo antes a edades tempranas, expone a situaciones de cuidados cuando todavía no se han consolidado las trayectorias educativa y laboral⁹.

La disminución del embarazo en la adolescencia no depende sólo de las acciones del sector salud sino de aquellos que derivan de la inequidad socio económica y de las nuevas pautas culturales. El abandono de la educación precede aproximadamente dos años a la ocurrencia del embarazo por lo cual se considera como uno de los factores de riesgo más importantes y que requiere el esfuerzo conjunto de los sectores de la educación y la salud¹⁰⁻¹¹

Las madres jóvenes tienen mayor probabilidad de estar inactivas que sus pares no madres, (56% vs. 44%) y en paralelo, 67% de los jóvenes que no estudian, no trabajan ni buscan trabajo, son mujeres que cuidan niños en sus hogares, según las cifras del INDEC 2015.

Se han estimado dos tipos de impacto en cuanto al embarazo durante la adolescencia, por un lado el embarazo actúa en desmedro del crecimiento del PBI (educación truncada, inactividad laboral) y por el otro no se logra la inserción en puestos de trabajo relacionados con la productividad y mejor remuneración

El objetivo de este consenso es brindar un guía que contribuya a la atención de las embarazadas adolescentes en un marco respetuoso de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y con la evidencia científica de las mejores prácticas disponibles.

Definiciones:

Se considera **embarazo durante la adolescencia**, cuando éste ocurre entre los 10 y 19 años de edad, según definición de la OMS, independientemente de la edad ginecológica y que conlleva un riesgo variable según las condiciones físicas, médicas y socio-económicas .

-Embarazo infantil forzado: es el que ocurre cuando una niña (menor de 14 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora o obstaculiza la interrupción del embarazo. Puede ser producto de una violación sexual o provenir de una relación sexual consensuada (Chiarotti y cols) (niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas¹²

En el presente consenso serán evaluados:

- el marco legal para la atención de las adolescentes
- el control prenatal
- la atención del parto y puerperio
- la anticoncepción post evento obstétrico

1-Marco legal para la atención de adolescentes embarazadas

El abordaje de la maternidad/paternidad en la adolescencia, así como también la prevención del embarazo no intencional, debe ser realizado, teniendo en cuenta que niñas, niños y adolescentes son sujetos de derechos tal como se manifiesta en la Convención de los Derechos del niño de 1989 y como lo establece la Ley N° 26.061, sancionada en 2005, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes¹³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 19 años; por su parte, para el **Código Civil Argentino** (Ley N° 26.994 de 2014) la adolescencia abarca desde los 13 hasta los 18 años (art. 26)

El Artículo 26 regula el ejercicio de los derechos de la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Así mismo, el art. 638 del Código Civil y Comercial reemplaza la llamada Patria Potestad por la “responsabilidad parental” que otorga centralidad a la voluntad, a los planes y proyectos de vida de NNyA de acuerdo a la evolución de su capacidad para discernir. Se trata de acompañar y no de sustituir la voluntad de NNyA.

Las madres y padres adolescentes podrán tomar decisiones en las mismas condiciones que las personas adultas, en lo que tenga que ver con el cuidado, educación y salud de sus hijos/as

No es necesario que un adulto autorice el alta después de una internación o nacimiento de un niño/a hijo/a de padres/madres adolescentes.

La Convención de los Derechos del Niño reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos titulares de derechos, ya no más como objeto de protección o tutela. De acuerdo con sus capacidades pueden ejercerlos autónomamente.

Se introduce el concepto de AUTONOMÍA PROGRESIVA. Es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento para tomar decisiones. El respeto a la autonomía impone la obligación de atender las consultas de toda persona menor de 18 años, con o sin acompañamiento, siempre que se presenten de forma voluntaria al servicio.

La **Ley Nacional de Protección Integral de los NNyA** (Ley N° 26.061) en su art 3. Define al interés superior del niño como la “máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley”

En los/as adolescentes que soliciten una práctica con la que quienes ejercen labores de cuidados no están de acuerdo, su solicitud deberá ser aceptada por los servicios de salud siempre que se garantice que se trata de una decisión informada y beneficiosa para quien la solicita.

DERECHO A LA SALUD.

El Estado está obligado a promover, proteger y garantizar la salud de NNyA de forma prioritaria e integral. Este derecho se encuentra reconocido en la Convención de los Derechos del Niño (art. 24), tomado por la Ley N° 26.061 (art. 14).

La Ley N° 26.529 de Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, en su art. 2 inc. a, reconoce el derecho a la atención prioritaria de la salud de NNyA. Es por eso que nunca se puede negar la atención en función de la edad del/la paciente o por concurrir sin el acompañamiento de una persona mayor de edad.

TODO/A NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE QUE SE PRESENTE AL SERVICIO DE SALUD SIN ACOMPAÑAMIENTO DEBE SER ATENDIDO/A, informando previamente todos los aspectos relacionados con la prestación que solicita y consignándolo en la Historia Clínica.

Tienen Derecho a la privacidad. La necesidad de acompañamiento para el consentimiento informado de una práctica médica no implica que la/s persona/s convocada/s deban estar presentes durante la consulta. En caso de requerir acompañamiento se le debe preguntar si cuenta con alguna persona de confianza que pueda ser convocada y esta persona se convocará sin que ello retrase la atención requerida.

En general, antes de los 13 años se considera que las personas requieren algún tipo de asistencia para la toma de decisiones sanitarias. No se está hablando de sustitución, sino de asistencia.

Para respetar el Derecho a la confidencialidad se debe guardar el “secreto profesional”, a excepción que exista justa causa:

- Evitar un peligro inminente (inmediato y cierto) para sí o para un tercero. Por ejemplo, la detección de una enfermedad altamente contagiosa (Hantavirus, no así el VIH), la amenaza de suicidio u homicidio.
- La orden de una autoridad judicial competente.
- En caso de urgencia, cuando no se pueda contar con la autorización del/a adolescente, y deba pedírsela a un/a representante.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, tiene como objetivos, entre otros, promover la salud sexual de los/las adolescentes y garantizar el acceso a información, orientación, métodos y servicios de salud sexual y reproductiva.

Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N°15 (2013), recomendó a los Estados “permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.

Las consultas de NNyA por métodos anticonceptivos son prestaciones de emergencia que cualquier integrante del equipo de salud puede proporcionar.

Para la colocación de un método de larga duración, desde los 13 años, no se requiere asistencia de ninguna persona para el consentimiento, ya que se trata de un procedimiento sencillo que no pone en riesgo la salud de la adolescente

En el caso de NNyA que acuden inmediatamente después de un episodio de violencia sexual, es fundamental suministrar todo el tratamiento descrito en el Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Según los establece el Código Penal (ratificado por el fallo F.A.L.) las mujeres tienen derecho a solicitar la interrupción del embarazo cuando:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios.

-El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitados por otros medios.

-El embarazo proviene de una violación.

-El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

- Las niñas menores de 13 años embarazadas podrán solicitar la interrupción legal de su embarazo ya que el derecho penal (art 119) indica que ese embarazo es producto de una violación y, por tanto, se debe realizar de inmediato.
- Cuando existe un conflicto entre la decisión de una niña o adolescente y la opinión de su/s progenitor/a/es/as, se debe proceder de acuerdo a lo establecido en el art. 26 del CCyCN teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.
- En casos de mayores de 13, se deberá solicitar la firma de una declaración jurada en la que se afirme que el embarazo que se solicita interrumpir es el producto de una violación, sin ser necesario describir las circunstancias del hecho o identificar al autor. Se debe informar al/la NNYA y a quienes le asisten la posibilidad de denunciar el hecho para sancionar a la persona responsable, así como de asesorarse por instituciones públicas y de la sociedad civil para la atención y restitución de los derechos vulnerados.
- Para el ejercicio autónomo del derecho a la salud, rigen las reglas del art 26 del Código Civil.
- Las adolescentes mayores de 16 años consideradas como adultos en lo referente a su salud. No requieren asentimiento de sus progenitores o representantes legales.
- Entre 13 y 16 años pueden brindar su consentimiento en forma autónoma, a menos que deba utilizarse para la práctica un procedimiento que implique un riesgo grave para la salud o la vida de la adolescente. Sólo en estas últimas situaciones será necesario, además de su consentimiento, el asentimiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos. La evaluación de la gravedad de los tratamientos que impliquen riesgo para la vida o riesgo para la salud realizada por el/la profesional basándose en evidencia científica debe constar en la Historia Clínica. Esta probabilidad se debe demostrar con estudios clínicos, estadísticas sanitarias y otras fuentes autorizadas y de reconocida calidad.
- Todas las niñas, es decir menores de 13 años, podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos. Éstas/os deberán

participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña y la declaración jurada de la violación cuando corresponda. El principio de autonomía progresiva debe guiar el accionar del equipo de salud y de las/os adultas/os que la acompañan. Si existiera una negativa injustificada de sus progenitores, tutores o encargados de acompañar la decisión de la niña, el conflicto entre ambas partes debe resolverse desde el equipo de salud teniendo en cuenta el interés superior de la niña, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

El Código Penal considera que antes de los 13 años los/as NNyA no están, en general, en condiciones de prestar consentimiento sexual válido y por tanto, la persona adulta o con una diferencia importante de edad, que mantenga relaciones sexuales con una persona menor de 13 años será sancionada penalmente.

Los/as profesionales de la salud tienen tres obligaciones ante situaciones de violencia sexual:

-La **escucha activa**.

-**Activar el circuito de protección de derechos**, conforme a la Ley 26.061, realizando la comunicación a los organismos establecidos a tal fin, cumplimentando el requisito de denuncia ante las autoridades administrativas para los casos de abuso a NNyA.

-**Brindar la contención inicial y trabajar en el armado de la red** que permita la protección integral del/la NNyA, el/la profesional está obligado/a a denunciar la violencia sexual sufrida por una persona menor de 13 años a las autoridades.

2-Marco de atención de la embarazada adolescente

2.a) Atención del embarazo

2.a.1-ABORDAJE:

La atención de adolescentes en el sistema de salud requiere un abordaje diferenciado y específico atento a sus particularidades y necesidades basado en el reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Los servicios deben partir de una concepción integral e interdisciplinaria con enfoque bio-psico-social y en el aprovechamiento de oportunidades. La garantía de confidencialidad y privacidad son elementos claves para habilitar el acercamiento y la confianza ¹⁴⁻

Este modelo de atención privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia fortalezas y previene probables riesgos. Involucra no sólo a la familia sino también el soporte social existente, los ámbitos donde habitan, estudian, trabajan o se recrean los adolescentes. Se debe privilegiar la escucha, la comprensión y el vínculo.

Es necesario visualizar el embarazo como un fenómeno complejo, en el cual se encuentran conjuntamente factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, de género y educacionales.

La detección precoz constituye un punto crítico ya que posibilita brindar la consejería en opciones (ILE/IVE, adopción, continuidad del embarazo)¹⁶ (IIIA)

2.a.2-CONTROL PRENATAL

Es el conjunto de acciones que realizan los profesionales de la salud a las embarazadas adolescentes, con el objeto de garantizar los mejores resultados materno-perinatales disminuyendo la morbi-mortalidad no sólo materna sino también fetal.

Los componentes de la atención prenatal son los siguientes:

1-el reconocimiento de los riesgos

2-la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo o concurrentes

3-la promoción de la educación en salud

La atención prenatal disminuye la morbi-mortalidad materna y perinatal, tanto de manera directa mediante la detección y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo como indirectamente, con el reconocimiento de las mujeres y las niñas en mayor riesgo de presentar complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, con lo cual se procura la derivación hacia un nivel apropiado de atención (OMS,2018).

Resulta importante disponer de un sistema de referencia y contra referencia entre los distintos efectores de salud (Maternidades desde II ó III Nivel y los efectores del primer nivel de atención)¹⁷

La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, cualquiera sea la edad gestacional y es importante **la admisión sin dilaciones de las embarazadas menores de 15 años**, considerándolas como una urgencia y embarazos de alto riesgo¹².

La consulta: debe realizarse dentro de los principios de:

a-Confidencialidad y privacidad: ya que los consultorios deben ser adecuados y diferenciados para la atención de adolescentes con sala de espera propia

b-Escucha activa: Este principio requiere evaluar la comunicación verbal y no verbal, para lo cual se requiere una actitud libre de prejuicios y una escucha empática por el personal de salud

c-Empatia: es poder ponerse en el lugar del otro, intentar sentir como el otro siente, permite el comienzo de una relación de confianza

d-Integralidad: El concepto de salud de la OMS “el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad..”. Abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, afectivos, éticos y jurídicos.

e-Transparencia informativa activa: Los profesionales tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención. La información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible tanto sea para las situaciones que se pueden presentar de continuación del embarazo, interrupción del mismo, y/o adopción ¹⁸

Recomendaciones que se aplican a las embarazadas y las adolescentes en el contexto de la atención prenatal rutinaria

2.b-Programa de contactos de atención prenatal

Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de 8 contactos para el embarazo de bajo riesgo. El cuidado prenatal focalizado en la multi-disciplina, lleva a mejores resultados que el cuidado standard, incluyendo la reducción de nacimientos de pretérmino, bajo peso al nacer, ingreso a cuidados intensivos neonatales y reducción de cesáreas. Los obstetras deben adaptar el control prenatal y ofrecer cuidado multidisciplinario, que sea fácilmente accesible a la adolescente¹⁹. II1A.

Su periodicidad y número se adecuará al relevamiento de las condiciones de riesgo bio-psico-sociales detectadas (OMS 2018). Además la detección y el control precoces redundarán en mejores resultados de acuerdo a la decisión de continuar o no con el mismo²⁰.

El control clínico obstétrico, laboratorio, serología no difiere al de la paciente embarazada adulta. Además los programas de atención contarán también con un soporte psicológico y de trabajo social que contribuirán al seguimiento de la adolescente y su familia²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴

Los obstetras y el equipo de salud deberían estar sensibilizados con las necesidades de las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio IIIB

Las adolescentes pueden tener embarazos de alto riesgo y deben ser manejados en lugares donde se pueda atender el alto riesgo social y biológico y ser derivadas oportunamente II1A

3-Ecografías²⁵:

a-1° trimestre: a las 7-8 semanas confirma la edad gestacional y una vez confirmado el embarazo ortotópico, ofrecer las opciones con respecto del embarazo. IIIA

Además se utiliza para investigar el riesgo de prematuridad, pre-eclampsia y restricción de crecimiento-semanas 11-14. IA

b-2° trimestre: se realizará scan fetal para diagnóstico de malformaciones y dismorfologías

c-3° trimestre: investigará crecimiento fetal, cálculo de peso estimado a los fines de diagnosticar macrosomías y evitar partos prolongados o detenidos

4-Testeo rutinario de infecciones de transmisión sexual (VDRL, Clamydia, Gonococo, VIH)

Las adolescentes tienen un riesgo aumentado de infecciones de transmisión sexual dada la posibilidad de múltiples parejas, sexo sin protección e inmadurez biológica del tracto genital inferior (cuello uterino). Las ITS se asocian a prematuridad, corioamnionitis e infecciones puerperales. La transmisión vertical de clamydias es de 30-50% y el screening se asocia con disminución de la morbilidad febril en el niño. Además la clamydia se asocia con mayor riesgo de adquirir HIV y transmitirlo. II2A se debe investigar vaginosis bacteriana y otras ITS en el tercer trimestre²⁶⁻²⁷⁻²⁸. IIIB

5-Intervenciones alimentarias

Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y tengan un aumento de peso acorde a las características personales, es decir: que no aumenten excesivamente de peso en

el embarazo²⁹. Por otro lado se recomienda que no dejen la escuela a no ser que intercurran complicaciones que ameriten el reposo en cama.(OMS 2018)

Una adecuada nutrición durante el embarazo asegura el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de restricción de crecimiento intraútero, y desarrollo en el período neonatal previniendo enfermedades crónicas en la adultez. En la madre, un correcto aporte de nutrientes a lo largo de la gestación favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los intervalos inter-genésicos. La evaluación nutricional que incluya indicadores antropométricos, bioquímicos y alimentarios es un componente clave del control prenatal ya que permite detectar gestantes en riesgo de malnutrición e indirectamente posibilita la predicción del crecimiento fetal

El embarazo en adolescentes representa un stress nutricional importante, especialmente en las adolescentes más jóvenes en quienes se espera que estén aumentando su tamaño corporal (tanto en talla como en masa corporal) aún en ausencia de embarazo. Los factores biológicos asociados a la competencia por el crecimiento, aunados a las características socio-demográficas y psicológicas de las madres adolescentes hacen de ellas una población que necesita atención especial.

En ese marco, se destaca la necesidad de revisar las guías sobre ganancia de peso apropiada durante el embarazo para garantizar un adecuado peso de nacimiento y un estado nutricional materno que no comprometa su propio crecimiento y desarrollo y que no signifique un alto riesgo de retención de peso post parto y obesidad a mediano y a largo plazo.

El uso de curvas basadas en incrementos de peso o IMC por edad gestacional es actualmente recomendado como una metodología apropiada para evaluar las modificaciones en la ganancia ponderal durante el curso del embarazo³⁰

Tanto las características consideradas en el diseño de la investigación que dio origen a las curvas nacionales, como el análisis estadístico empleado para su formulación y la forma gráfica propuesta para su empleo las posicionan como un instrumento de adecuada calidad metodológica que fue cuidadosamente elaborado y destinado a una población específica ³¹

La evidencia disponible señala que al igual que en las gestantes adultas, cuando la ganancia de peso durante el embarazo en la adolescencia se aleja de los patrones considerados adecuados, se incrementa el riesgo de resultados adversos para la madre y para la progenie. El desafío actual es poder disponer de

estándares que puedan estimar los rangos de ganancia ponderal que se consideran más apropiados para orientar la ganancia de peso en las jóvenes durante su gestación³².

6-Suplementos de hierro y ácido fólico:

La anemia es una complicación muy común de las adolescentes (Hb menor a 10.5 g %) con una prevalencia de 20-40%. En un estudio prospectivo se demostró que es más común en adolescentes embarazadas tener depósitos bajos de hierro y bajos niveles de ferritina que en las embarazadas adultas³³.

Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico³⁴.

Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico oral con 120 mg de hierro elemental y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%. (OMS 2018)

Revisión Cochrane: menor riesgo de anemia a término y anemia grave postparto. Calidad de evidencia baja Menor riesgo de infecciones puerperales. Calidad de evidencia moderada

Menor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (menor a 2500gr) Calidad de evidencia baja³⁵.

Suplementos de calcio : En poblaciones con dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5 2,0 g de calcio elemental oral) a fin de disminuir el riesgo de pre-eclampsia. Recomendada en contextos específicas³⁶⁻³⁷⁻³⁸.

Suplementos de vitamina D: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales. No recomendada³⁹

Ingesta de cafeína A: Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día), disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo. (OMS 2018)⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴²

Suplementos de micronutrientes múltiples: ⁴³⁻⁴⁴

En una revisión sistemática de la Cochrane se analizan los beneficios de la administración de micronutrientes y vitaminas indicándose una repercusión positiva de los suplementos de MNM con hierro y ácido fólico en varios resultados del parto. Los suplementos de MNM en el embarazo dieron lugar a una reducción de los recién nacidos considerados de BPN, y probablemente dieron lugar a una reducción en los recién nacidos considerados PEG. Además, los MNM probablemente redujeron los partos prematuros. No se encontraron efectos beneficiosos ni perjudiciales importantes de los suplementos de MNM para los resultados de la mortalidad (mortinatos, mortalidad perinatal y neonatal). Estos resultados pueden proporcionar alguna base para guiar el reemplazo de los suplementos de hierro y ácido fólico con suplementos de MNM para las mujeres embarazadas que residen en países de ingresos medios y bajos.

En el Reino Unido, las adolescentes presentan un riesgo aumentado de deficiencia de micronutrientes, sin embargo no los administran rutinariamente⁴⁵

USA: se recomienda administrar micronutrientes en embarazadas que no realizan dieta adecuada.

Consumo de tabaco: Los profesionales de atención de salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno, ya que es alta la prevalencia de consumo de tabaco entre las adolescentes embarazadas y el consumo de sustancias⁴⁶

Uso de sustancias: Los profesionales de atención de salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias⁴⁷

Violencia: indagar rutinariamente por mayor riesgo en esta población **(II 2A) (3)**

Recordar que se encuentra asociada con cuidado prenatal tardío, y aumento del riesgo de parto de pretérmino y bajo peso al nacer, muerte fetal y depresión post parto.⁴⁸⁻⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹

Valoración de riesgo psicológico: En el área de la salud mental se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que en general son más altas que las de la población adulta. El estudio coordinado por Planned Parenthood Global identifica también situaciones de estrés post-traumático (en las niñas/adolescentes que habían sido atacadas sexualmente), e ideación suicida durante el embarazo⁵². En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que

tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado⁵³.

Numerosos estudios recomiendan la utilización de la Escala de Edimburgo para evaluar depresión en cada trimestre y post parto por el alto riesgo en esta población⁵⁴

Valoración social:

Entendiendo a las adolescentes gestantes como autónomas y protagonistas en la toma de decisiones, las y los profesionales deben acompañar y velar por la promoción y protección de sus derechos. Para ello es necesario considerar las instituciones que forman parte de la vida cotidiana de las usuarias tales como: escuelas, centros de salud, comedores, centros de integración comunitaria, organismos de promoción y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, etc.

La valoración y acompañamiento por el equipo de trabajo social y el equipo de psicología, permitiría además poner en marcha los planes de protección que estuvieran disponibles en cada jurisdicción. (Asignación Universal por hijo, continuidad escolar por ej.)

Vacunas: Se deben aplicar:

- ANTIGRIPAL (en cualquier trimestre de la gestación)
- TRIPLE BACTERIANA ACELULAR del adulto (a partir de la semana 20 de gestación)

La vacuna contra la gripe se debe recibir en cada embarazo y puede ser aplicada en cualquier momento de la gestación, mientras dure la temporada de circulación viral. La vacuna antigripal es segura y no contiene productos biológicos vivos.

Las embarazadas deben recibir una dosis de Vacuna Triple Bacteriana Acelular del adulto (protege contra la Difteria, Tétanos y Coqueluche) en todos los embarazos independientemente de su estado inmunitario y de las vacunas recibidas anteriormente. Esta vacuna es segura y eficaz tanto para la embarazada como para el bebé. Para que la protección del NEONATO sea adecuada debe aplicarse a partir de la semana 20 de gestación. Esta vacuna se debe repetir en cada embarazo (independientemente de haber recibido la vacuna correspondiente por calendario. Ej. vacuna triple acelular a los 11 años).

Para recibir las vacunas del Calendario Nacional NO se requiere orden médica. Se aplican gratuitamente y en forma conjunta.

No olvidar:

- Iniciar o completar esquema de vacuna para Hepatitis B (en caso de no haber recibido previamente)

En puerperio:

- Triple viral (si no tuviera dos dosis documentadas)

Las complicaciones obstétricas presentadas serán manejadas según las guías de prácticas clínicas correspondientes.

El varón cogestante debe ser incorporado durante el control prenatal para la consejería de salud sexual , se debe sugerir el chequeo serológico, el control de su propia salud y la promoción de la corresponsabilidad del cuidado.

Pareja y familia deben ser incluidos en la consulta para educar en el cuidado del niño(Nivel evidencia III, recomendación B)

Consejería en salud sexual debe ser abordada desde los primeros controles

La preparación para el parto y la lactancia y el apoyo a la crianza pueden ser abordados con actividades grupales como curso PIM, talleres en sala de espera, etc.

Evaluación del crecimiento y la salud fetales:

El seguimiento con ultrasonido: está recomendado en el primer trimestre para confirmar la edad gestacional y por el riesgo incrementado de parto pretérmino y anomalías congénitas (IA) , a las 16 a 20 semanas por un incremento de anomalías congénitas (II2), a las 32 a 34 semanas por incremento en la restricción de crecimiento intrauterino y riesgo de parto prematuro. Se deben evaluar signos y síntomas de parto pretérmino y deben ser ofrecidas pautas de educación (Nivel evidencia III).

El control obstétrico durante el segundo y tercer trimestre debe ser más frecuente por el riesgo incrementado de prematuridad, bajo peso, amenaza de parto pretérmino y nacimientos prematuros. Los cuidados deben ser dirigidos a reconocer los síntomas de parto pretérmino y educar a las pacientes para reconocerlos (IIIA)

PREPARACIÓN INTEGRAL PARA LA MATERNIDAD

Para abordar el tema de maternidad desde un enfoque integral, en esta etapa de la vida, el equipo de salud debe tener presente tres conceptos básicos:

1-Que la adolescente tiene una asincronía bio-psico-social, por lo tanto la madurez psicológica necesaria para ejercer el papel maternal, no va de la mano de la madurez biológica para lograr el embarazo.

2-Que la mayoría de las veces el embarazo no fue planificado, así que la llegada del hijo que debería ser un acontecimiento feliz, vital y en plenitud, se convierte muchas veces en una trampa de la cual es difícil salir.

3-Que aunque la mayoría de las mujeres adolescentes pertenecen a sectores desprotegidos, en los otros sectores sociales con mejores recursos, también existe esta situación.

Estos conceptos deben actuar como premisa para los equipos de salud y para los diferentes sectores involucrados. (educación, trabajo, desarrollo social).

En la mayoría de las adolescentes, la actitud frente a la maternidad y a la crianza de su hijo estará influenciada por el momento que atraviesa y necesitará de la ayuda del equipo de salud para que a través de un abordaje interdisciplinario abarque todo el proceso y seguimiento de la crianza del niño hasta los primeros años de vida⁵⁵⁻⁵⁶⁻⁵⁷.

La preparación integral para la maternidad debería comenzar desde la primera consulta en lo posible, reforzando el acompañamiento y la contención. Teniendo en cuenta la incorporación de su pareja, si es que existe, ya que en general éste, presenta la misma inmadurez psicológica que la embarazada. La exclusión del mismo provoca fuertes sentimientos de aislamiento que se agravan con los juicios desvalorizadores sobre su porvenir. O sea, que el equipo de salud, deberá tener presente al futuro padre en sus acciones, aunque no sea el biológico, a fin de estimular su compromiso con la situación o posibilitarles a ambos una elaboración de separación que no tenga la típica característica de la huida.

En estos casos, la alta necesidad de información sobre factores y síntomas de riesgo que enmarca la vulnerabilidad del embarazo adolescente, deberá ser reforzada por conductas profesionales que respondan al alto número de factores condicionantes, no obstétricos, que puedan hacer fracasar los objetivos de la preparación. Esto significa ayudarlos a expresar sus necesidades, preocupaciones, temores, desconocimiento y trabajar con ellos para proveer servicios pertinentes y el respaldo correspondiente.

La estructura de los talleres/encuentros abarcará los temas:

1°encuentro: evolución de la gestación desde la concepción. Trabajo corporal, eutonía.

2°encuentro: modificaciones corporales. Trabajo de parto. Dilatación, ingesta de líquidos, técnicas para disminuir el dolor. Período expulsivo. Episiotomía, desgarros. Partos operatorios. Derechos de las mujeres al acompañamiento. Preparación del bolso. Profesionales actuantes. Analgesia y anestesia. Pujos. Trabajo corporal.

3° encuentro: recepción del recién nacido, puericultura, lactancia

4° encuentro: puerperio, anticoncepción, estado emocional en el puerperio, vínculo temprano luego del nacimiento.

C- ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Toda adolescente menor de 15 años deberá ser atendida en una institución de la más alta complejidad disponible en el área de influencia, o por lo menos de mediana complejidad (Clarke, 2010; WorldHealthOrganization y UNICEF, 2004).

El nivel de atención para las adolescentes mayores de 15 años corresponde al de las pacientes con condiciones de riesgo evaluadas desde la atención prenatal por el médico especialista o al momento de la admisión.

Se debe brindar acompañamiento a la embarazada y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos. Se debe cumplir con la ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda adolescente tendrá derecho a ser acompañada por quien ella decida, durante el trabajo de parto y el nacimiento, ya sea éste por vía vaginal o cesárea⁵⁸.

El parto requiere tener en cuenta una serie de factores que hacen que su atención sea especial y debe ser asistido por personal calificado.

Es necesario identificar y reconocer las diferentes circunstancias en que se produce el embarazo para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención de acuerdo con las necesidades particulares de cada adolescente (Clarke, 2010).

Vía de parto

La edad de las adolescentes es un factor protector para la variable cesárea en todas las poblaciones, grupos sociales y étnicos por lo tanto las cesáreas son menos frecuentes que en las adultas.⁵⁹⁻⁶⁰

Dos estudios retrospectivos encontraron un mayor porcentaje de parto vaginal en adolescentes en relación a adultas (II-2A), y en general, cuando requieren de cesáreas –a diferencia de las adultas- es frecuentemente de urgencia por estado fetal no tranquilizador, o falta progresión.

Atención y cuidados post parto

En los casos en que se de la situación de que la adolescente haya elegido dar al recién nacido en adopción, el equipo de salud debe respetar la decisión que la adolescente haya tomado, respecto de asumir o no la maternidad, y del acercamiento o no del recién nacido. Aún en estos casos se deberá continuar con el acompañamiento y seguimiento luego de la separación del binomio madre-hijo No se debe desaprovechar la instancia de post parto inmediato para la anticoncepción (AIPE) Secretaría de Salud. Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva. 2017.

Se recomienda según evolución, dar el alta al menos a las 48 hs post parto normal, al menos 72 hs post cesárea, evaluando los aspectos vinculares, psicológicos, y con apoyo a la lactancia materna. Se evaluará en forma interdisciplinaria (obstetras, obstétricas, lic enfermería, neonatólogos, psicólogos, trabajadores sociales) el momento más adecuado para otorgar el alta hospitalaria y planificar el regreso a su lugar de residencia y reinserción familiar, habida cuenta de las situaciones personales de cada adolescente. Y además teniendo en cuenta que la repetición del embarazo durante los primeros dos años llega al 25% (Plan ENIA)

El control puerperal se efectuará a los 7 días del egreso y a las 4 semanas. Según elección anticonceptiva se podrá modificar el plazo de control.

Seguimiento integral post egreso institucional:

Se deben establecer estrategias para continuar acompañando la restitución del bienestar y la salud. Es fundamental un sistema de referencia y contra-referencia entre maternidades y los efectores del primer nivel de atención (Redes)⁶¹

Los objetivos de este seguimiento son:

1-evaluar los aspectos psicosociales: educación (reinserción escolar, Programas de retención escolar, situaciones de violencia, vinculo con hijo., depresión

2- Propiciar el fortalecimiento de su autonomía en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos a través de actividades y espacios de promoción de la salud (anticoncepción post evento o diferida)

3- Acompañamiento interdisciplinario a la adolescente y su hijo durante el primer año de vida

BIBLIOGRAFIA:

1-Binstock Georgina . Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur. Apuntes para la construcción de una agenda común. Buenos Aires: UNFPA 2016

2-Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica(29-30 agosto 2016). Washington DC.USA. OPS 2018

3-El embarazo no intencional en la adolescencia. Plan Nacional de prevención del embarazo no intencional en la Adolescencia. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social Argentina, 2018

4- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. MSAL-UNICEF (2016). Situación de Salud de las y los Adolescentes de Argentina, Buenos Aires. M. de Salud

5-Perez Natalia, Grumbaun D. Assesalud. Protocolo prevención y atención integral del embarazo en adolescencia, UNICEF, 2016

6-Sub Comisión de Ética Clínica SAP 2010

7-(CLADEM, 2016).2Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de Derechos de las Mujeres –

8-Jorge Rodríguez Vignoli. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. CELADE, CEPAL, UNPFA 2017

9-Plan Nacional de disminución del embarazo no intencional en la adolescencia. Secretaría de Salud. 2019

10-Perez Natalia, Grumbaun D. Assesalud. Protocolo prevención y atención integral del embarazo en adolescencia, Uruguay, 2016

11-Darroch JE, Woog V., Bankole A, Ashford LS. Adding it up: cost and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York. Guttmacher Institute 2016

12.-Resumen ejecutivo Programa Nacional de Salud integral en la adolescencia, 2016

13- El embarazo no intencional en la adolescencia. Plan Nacional de prevención del embarazo no intencional en la Adolescencia.. Ministerio de Salud Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social Argentina 2018

14- Perez Natalia, Grumbaun D. Assesalud. Protocolo prevención y atención integral del embarazo en adolescencia, Uruguay, 2016

15- ENIA 2018. Ministerio de Salud

16- Fleming, Nathalie; O Ariscoli, Teresa. Adolescent pregnancy guideline. SOGC Clinical Practice Guideline, N° 327. August 2015. J.Obst Gynaecolog Can 2015, 37(8) 740-756

17-Regionalización Perinatal, Resolución 348/2003 M. de Salud de la Nación.

18-Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, MSAL, 2015.

19-Fleming NA, Tu X, Black AY. Improved obstetrical outcomes for adolescents in a community-based outreach program: a matched cohort study. J Obstet Gynaecol Can 2012;34:1134–40.

20-Ganatra B, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet; 390:2372-81

21-Normas de control prenatal. Ministerio de Salud 2013

22-Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Organización Panamericana de la Salud 2018

23-Souza, JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, LumbiganonP, Qureshi Z et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): across-sectional study. Lancet. 2013;381(9879):1747–55.doi:10.1016/S0140-6736(13)60686-8

24-Abalos A, Chamillard M, Diaz V, Tunçalp Ö, GülmezogluAM. Antenatal care for healthy pregnant women: amapping of interventions from existing guidelines to

inform the development of new WHO guidance on antenatal care. BJOG. 2016;123(4):519–28.doi:10.1111/1471-0528.13820

25-Butt K, Lim K. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá. Diagnostic Imaging Committee Determination of gestational age by ultrasound. SOGC. Clinical Practice Guideline, N° 303 Feb.2014. J Obst Gynaecol Can 2014;36:171-81

26-WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva: WorldHealthOrganization; 2016(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>)

27-WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization; 2016(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en>)

28-Diagnóstico y tratamiento de sífilis RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud,Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019.

29-Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, LaopaiboonM. Diet or exercise, or both, for preventing excessive gestational weight gain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD007145

30-Hutcheon J, Bodnar LH, Gool Practices for observational studies of maternal weight and weight gain in pregnancy .Pediatric Perinat Epidemiol, 2015, 32 (2) 152,160

31-Ohadike C, Chelkismail, Systematic Review of the methodologic quality of studies aimed at creating gestacional weight gain charts .Adv Nutr 2016, 15,7 (2) 313-322

32-Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. Cochrane Database Syst Rev.2015;(6):CD000032.

33-Soares NN, Mattar R,Camano L, Torloni NR, Iron deficiency anemia and iron stores in adult and adolescen women in pregnancy. Acta Obst Gynecol Scand 2010;89:343-9

34-Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: WorldHealth Organization;2012
(http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregna)

35-Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Pregnancy and Child birthGroup'sTrials Register [website]. The Cochrane Collaboration; 2016

36-Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization;2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf,

37-Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, NgamjarusC, Laopaiboon M, Medley N. Calcium supplementation(other than for preventing or treating hypertension)for improving pregnancy and infant outcomes.Cochrane Database Syst Rev. 2015;(2):CD007079.doi:10.1002/14651858.CD007079.pub3

38-Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Duley L, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems.Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD001059.

39-De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, PeñaRosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev.2016;(1):CD008873.

40-Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD006965.

41-. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine in take during pregnancyis associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. BMC Med.2014;12:174. doi:10.1186/s12916-014-0174-6.

42-Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospectiv estudies. Public Health Nutr.2016;19(7):1233–44. doi:10.1017/S1368980015002463

43-Revisión Cochrane : (2018) suplementos minerales y vitamínicos para mujeres durante el embarazo.

44-CDC, www.nice.org UK

45-Devakumar D, Fall CHD, Sachdev HS, Margetts BM, Osmond C, Wells JCK et al. Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long-term health benefits in children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2016;14(1):90. doi:10.1186/s12916-016-0633-3.

46-WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and secondhand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelines/tobacco-smoke-exposure/en/>)

47-Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/),

48-Coker AL, García LS, Williams CM, Crawford TN, et al. Universal psychosocial screening and adverse pregnancy outcomes in academic obstetric clinic. *Obst Gynaecol* 2012;119:1180-9

49-Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD009414

50-Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>)

51-O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in health care settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD007007.

52-Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological.

53-Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 4: Adolescent Health and Development, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, 27 (July 2003).

54-J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, *British Journal of Psychiatry* Junio de 1987, Volumen 150

55-Brownell MD, Chartier M, Au W, Schultz J. Program for expectant and new mothers: a population based study of participation. *BMC Public Health* 2011;11:691

56-Arnold A, Lewis J, Maximovich A, Ickovics J, Kershaw T. Antecedents and consequences of caregiving structure on young mothers and their infants. *Matern Child Health J* 2011;15:1037-45

57-Preparación integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2007

58-

https://www.argentina.gob.ar/sites/.../ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.p...Leyes. Ley 25929 parto humanizado.

59-Penfiel Lahif. Adolescent Pregnancy in the United States: How obstetric and sociodemographic factors influence risk of cesarean delivery *Am J. Perinatology* 2017, 34 (2) 123-129

60 - Fleming, Nathalie; O'Ariscoli, Teresa. Adolescent pregnancy guideline.SOGC Clinical Practice Guideline, N° 327.August 2015. *J.Obst Gynaecolog Can* 2015, 37(8) 740-756

61-WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng)

MORBIMORTALIDAD DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Los riesgos biomédicos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las niñas y adolescentes más jóvenes ya que tienen peores resultados maternos y neonatales comparadas con mujeres de mayor edad (muerte materna, infecciones, eclampsia, fístula obstétrica, parto prematuro y mortalidad neonatal). El riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores ¹.

Fernandes de Azevedo, Baffi Diniz, Borges da Fonseca, realizaron una revisión de estudios que tuvo como objetivo evaluar las complicaciones relacionadas con embarazo adolescente, donde se observan altas tasas de trastornos hipertensivos, anemia, diabetes gestacional y complicaciones del parto en los embarazos de las adolescentes, determinando un aumento de la mortalidad materno-infantil ²⁻³⁻⁴.

En cuanto a los problemas con el recién nacido, la gestación durante la adolescencia se asocia con mayor prevalencia de bajo peso (LBW), parto prematuro, enfermedades respiratorias, y traumatismo en el parto, además de una mayor frecuencia de complicaciones neonatológicas y mortalidad infantil ⁵⁻⁷.

En dicho estudio, observamos que las complicaciones asociadas con el embarazo en la adolescencia, se asociaban más frecuentemente con el recién nacido que con la propia madre, encontrando nacimientos prematuros, bajo peso de los recién nacidos, o lactantes con muy bajo peso y la mortalidad significativamente mayor entre los hijos de madres adolescentes ⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹²⁻¹³⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷. Estas complicaciones pueden estar correlacionadas con el bajo número de controles prenatales, inicio tardío de la atención prenatal, atención prenatal inapropiada, y otros factores, como etnia, estado civil, bajo nivel de escolaridad, tabaquismo y pobreza. Santos et al. ¹⁷ observaron que existe relación entre el bajo peso, el consumo de alcohol, el peso pre-gestacional, índice de masa corporal pre-gestacional y la ganancia de peso gestacional. La literatura complementaria sugiere que el entorno socio-económico y cultural en los que la madre adolescente está inmersa, a la mayor frecuencia al bajo peso y a los recién nacidos prematuros. Además, se sabe que la atención prenatal tiende a ser inadecuada entre las madres adolescentes ¹⁹ lo que demuestra la importancia de los controles prenatales para disminuir las complicaciones del embarazo en este grupo etario.

Analizando las complicaciones maternas relacionadas con el embarazo, esta revisión sistemática encontró una menor cantidad de artículos relacionados con el tema⁸⁻¹⁰⁻¹²⁻¹⁸ en comparación con los datos de complicaciones fetales; se citaron las siguientes complicaciones: preeclampsia, eclampsia, HELLP, aborto, infección urinaria, y rotura prematura de las membranas ovulares, entre otros. En general, los trabajos evaluados confirmaron que una adolescente estaría más inclinada a un aumento de las complicaciones maternas que a una mujer mayor de 20 años.

Por otro lado, respecto de la vía de parto en estas pacientes, la prevalencia de cesárea en este grupo fue significativamente menor cuando comparamos con la población adulta²⁰.

En cuanto a la presencia de preeclampsia y eclampsia como complicaciones del embarazo adolescente, los resultados no fueron concluyentes debido a los datos divergentes de los artículos publicados. Algunos estudios declararon que fue significativamente mayor entre los hijos de madres adolescentes⁸⁻¹⁰. y otros observaron una asociación menor¹²⁻¹³

De los artículos analizados, tres trabajos citaron el aborto como un riesgo en el embarazo temprano. Santos et al.¹³ verificaron un riesgo de²⁻³⁴ del uso de un agente abortivo al inicio de la gestación²¹⁻²² Según Granja et al., alrededor del 22% de muertes maternas en referencia a adolescentes embarazadas tuvo como causas primarias la hipertensión inducida por el embarazo, sepsis puerperal, y aborto séptico, representando 75% del total de muertes²³.

La infección urinaria fue citada por dos estudios de la presente revisión sistemática⁸⁻¹³. Un estudio de Nili y otros⁸ mostró que solo el 2% de las adolescentes embarazadas presentaron infecciones del tracto urinario. En el estudio de Santos et al.¹³ en infección urinaria ocurrió en el 17.1% de los adolescentes

En cuanto a las complicaciones del parto se describió la rotura prematura de las membranas en tres artículos⁸⁻¹⁰⁻¹³. Un estudio informó 20.3% en la frecuencia de rotura prematura de membranas en adolescentes embarazadas, sugiriendo que las deficiencias nutricionales además de las infecciones del tracto genital inferior pueden jugar un papel importante en esta complicación⁸.

Conde-Agudelo, Belizán y Lammers analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina del período de 1983 a 2003. En el análisis se controlaron 16 factores de salud y socio-demográficos, y constataron que las madres más jóvenes tuvieron peores resultados. Las niñas de 15 años o menos tenían una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna al comparar con el grupo etario de 20 a 24 años.

También tenían una probabilidad 4 veces mayor de endometritis puerperal, 60% más probabilidad de eclampsia (pero no de manera significativa) y de hemorragia posparto, y 40% más probabilidad de anemia. Al comparar con los hijos de madres de 20–24 años, aquellos nacidos de madres de 15 años de edad o menos tenían una probabilidad 60% mayor de tener bajo peso al nacer o de ser prematuros; y una probabilidad ajustada 50% mayor de nacer pequeños para su edad gestacional y de tener muerte neonatal temprana²⁴

Althabe y colaboradores²⁵, realizaron un trabajo de investigación prospectivo, multicéntrico, de mujeres embarazadas en áreas geográficas definidas en 7 lugares de seis países de ingresos medios-bajos (Kenia, Zambia, India, Pakistán, Guatemala y Argentina). Comparando resultados adversos maternos y perinatales en adolescentes embarazadas menores de 15 años, entre 15 y 19 años y adultas jóvenes de 20 a 24 años. En comparación con las adultas, las adolescentes no mostraron mayor riesgo de resultados adversos maternos. Los riesgos de parto prematuro y BPN fueron significativamente mayor entre las adolescentes tempranas y mayores, con mayor riesgo observado en las menores de 15 años.

En el área de la salud mental se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que en general son más altas que las de la población adulta²⁶. El estudio coordinado por Planned Parenthood Global identifica también situaciones de estrés post-traumático en las niñas/ adolescentes que habían sido atacadas sexualmente, e ideación suicida durante el embarazo. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- UNFPA: Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World Population 2013.
- 2- Azevedo DV, Sampaio HA. Fatores de risco associados à gestação na adolescência. *Femina*. 2003;31(5):457-64.
- 3- Eifenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am*. 2003;50(4):781-800, viii. Review.
- 4- de Carvalho RC, Campos H de H, Bruno ZV, Mota RM. Fatores preditivos de hipertensão gestacional em adolescentes primíparas: análise do pré-natal, da MAPA e da microalbuminúria. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(4):487-95.

- 5- Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(8):513-19.
- 6- Rocha RC, Souza E, Guazzelli CA, Chambô Filho A, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(9):530-35.
- 7.- Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(1):177-86.
- 8- Nili F, Rahmati MR, Sharifi SM. Maternal and neonatal outcome in teenage pregnancy in Tehran Valiasr Hospital. *Acta Med Iran.* 2002;40(1):55-9.
- 9- Markovitz BP, Cook R, Flick LH, Leet TL. Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? *BMC Public Health.* 2005;5:79.
- 10- Kongnyuy EJ, Nana PN, Fomulu N, Wiysonge SC, Kouam L, Doh AS. Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. *Matern Child Health J.* 2008;12(2):149-54.
- 11- Reime B, Schücking BA, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:4.
- 12- Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Gineco IObstet.* 2008;30(5):224-31.
- 13- Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S, Batalha S de J. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):326-34.
- 14- Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:36.
- 15- Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B. Hospital-based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in India. *J Health Popul Nutr.* 2010;28(5):494-500.
- 16-Mda G, dos Santos GH, Sousa Mda S, da Costa JE, Simões VM. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(11):354-60.
- 17- Santos MM, Baião MR, Barros DC, Pinto AA, Pedrosa PM, Saunders C. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):143-54

- 18.-Correia DS, Cavalcante JC, do Egito ES, Maia EM. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011;16(5):2469-76.
- 19-Costa EL, Sena MC, Dias A. Gravidez na adolescência: determinante para prematuridade e baixo peso. *Com Ciencias Saude*. 2011;22(Suppl 1):S183-8.
- 20-Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatística Vitais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.[citado 2014 Jul 31]. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
- 21- Quiala MB, Ojeda SO, Durruti RD, Infante MM. Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo. *Rev Cuba Enferm*. 1999;15 (3):179-83.
- 22- Vieira LM, Goldberg TB, Saes Sde O, Dória AA. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Cien Saude Colet*. 2007;12(5):1201-8.
- 23- Granja AC, Machungo F, Gomes A, Bergström S. Adolescent maternal mortality in Mozambique. *J Adolesc Health*. 2001;28(4):303-6.
- 24- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional study. (Morbilidad y mortalidad materno perinatal asociada con el embarazo adolescente en América Latina: Estudio Transversal.) *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342-349
- 25- Althabe et al. *Reproductive Health* 2015, 12(Suppl 2):S8
<http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/S2/S8>
- 26 -Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1993). Beck Depression Inventory: Manual. San Antonio, TX: Psychological
- 27.- Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 4: Adolescent Health and Development, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, 27 (July 2003)

ANTICONCEPCION:

Las estadísticas internacionales señalan que, pese a la gran disponibilidad de métodos anticonceptivos y su alta efectividad, siguen produciéndose una gran cantidad de embarazos no intencionales, lo que constituye un problema global de salud pública. Se estima que en las adolescentes más del 50% de los embarazos son **no intencionales**. Muchos de estos embarazos terminan en abortos en condiciones inseguras. Las adolescentes representan el grupo de riesgo más alto de embarazos no intencionales teniendo un impacto negativo sobre su condición física, emocional y económica, además de condicionar su estilo de vida, constituyendo un grave problema biopsicosocial.

Este informe parte de la premisa que las decisiones de fecundidad deberían ser resultado de la elección y no de las limitaciones¹.

Según datos del Banco Mundial (2015) en las adolescentes de 15 a 19 años la tasa de nacimientos cada 1000 mujeres disminuyó un 29.1% (de 89.8% a 63.7%), pero a pesar de ello las tasas de fertilidad en la adolescencia en Latinoamérica continúan siendo inaceptablemente altas y superiores a las de Asia, EEUU y Europa. A pesar de la disminución de las tasas de fertilidad, las del embarazo no intencional disminuyeron sólo un 4% entre 1985 y 2015.

En nuestro sistema público de salud 58,4% de las mujeres no planificaron su embarazo, y en el grupo etario de 15 a 19 años el 67,5%, a su vez no usaban ningún método anticonceptivo el 81,5% de las consultadas. El embarazo no intencional en multíparas es de 58,5%. Estos datos marcan en las jóvenes la necesidad de la utilización de métodos anticonceptivos especialmente en el post evento obstétrico.⁶

Datos de embarazo no planificado () Sistema de Información Perinatal - Subsecretaría de Salud Comunitaria - MSAL DINAMI
DATOS AÑO 2016*

Embarazo no planificado

- En adolescentes < 15 años 84.9%
- En adolescentes 15 a 19 años 67.5%
- Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes < 15 años 89.3%
- Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes de 15 a 19 años 81.5%
- Embarazo no planificado en multíparas de 15 a 19 años 67.6%

Repetición del embarazo en la adolescencia:

De acuerdo a los datos del Sistema Informático Perinatal , que releva el 80% de las maternidades públicas del país, el 29% de las adolescentes fue madre por segunda o tercera vez antes de los 20 años (SIP 2017) Estudios a nivel mundial expresan un 25% de repetición a los 2 años en la adolescencia.

La anticoncepción en adolescente debe garantizar:

- Consejería con perspectiva de género y derechos acorde a la edad y situación de vida
- Acceso a la información necesaria de cada método
- Elección del MAC más adecuado para cada joven en particular,
- Lograr una alta protección anticonceptiva
- Habilidad para usarlo (cumplimiento)
- Fácil accesibilidad al mismo
- Evitar efectos adversos
- AHE
- AIPE
- Información sobre ITS y Testeo HIV

PILARES DE LA CONSULTA EN ANTICONCEPCION

- Consejería
- Historia clínica completa

- Criterios de elegibilidad
- Practicas recomendadas para el uso de MAC
- Marco legal
- Tener siempre presente el perfil de la usuaria y el perfil del método

Anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCS).

Los LARCS (Long Acting Reversible Contraception, por sus siglas en inglés), se definen como aquellos métodos anticonceptivos reversibles, de larga duración, que también se caracterizan por su alta eficacia anticonceptiva, además de presentar un rápido retorno de la fertilidad al ser suspendidos y no son dependientes de la usuaria

Las adolescentes usan métodos, que si bien son muy efectivos, tienen una alta tasa de falla en el uso típico. Los mitos o conceptos erróneos ejercen una influencia negativa perpetuándose en el tiempo.

LosLARCS son los métodos de mayor efectividad, independientemente del cumplimiento o la participación por parte de la usuaria y su pareja. Brindan una efectiva anticoncepción por un periodo extendido en el tiempo, y una vez que el método es adoptado no requiere ninguna acción por parte de la usuaria

Sabemos que los embarazos no intencionales tienen mayor prevalencia en adolescentes y mujeres jóvenes, y muchas veces resultan del uso incorrecto o inconsistente de los métodos anticonceptivos.

Se debería maximizar toda oportunidad de contacto con las adolescentes en todos las consultas ginecológicas, en los controles prenatales de las embarazadas y las puérperas, en el control del niño sano, para poder ofrecer información de ITS y anticoncepción

Variedades de LARCs.

En Argentina disponemos de los dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu) y levonorgestrel (DIU-LNG), y el implante subdérmico de etonogestrel

Los DIU y el implante deberían ofrecerse de rutina como una opción segura y eficiente para pacientes nulíparas y adolescentes.

Estos métodos poseen una **alta eficacia anticonceptiva** debido a su baja tasa de falla intrínseca (menor al 1%), y a que son independientes del comportamiento de la usuaria, determinando que la eficacia con el uso habitual

sea similar a la del uso perfecto (el uso habitual es aquel de las usuarias “en la vida real”, mientras que el uso perfecto es la cifra de eficacia obtenida en los estudios clínicos).

Otra ventaja importante es que la **tasa de continuidad** que muestran a los 12 meses es muy elevada, mayor al 80%; mientras que, en los métodos anticonceptivos reversibles, de corta duración o SARCS (pastillas anticonceptivas, anillos vaginales, parches, inyectables) es menor al 60%.⁷

La tasa de continuidad de un método anticonceptivo es clave para lograr una alta eficacia. Su discontinuidad, en cambio, deja a la mujer rápidamente expuesta a un embarazo no intencional. Un método que puede mantener su uso correcto en el tiempo previene eficazmente el embarazo no intencional.

A diferencia de los SARCS, cuya tasa de falla es del 9% en su uso típico, cuando una mujer desea interrumpir un LARCS debe acudir a un centro de salud. Esto ofrece una oportunidad para una nueva consejería, y la continuidad de ese u otro método anticonceptivo elegido.

➤ **Dispositivo intrauterino en adolescentes**

En las adolescentes la anticoncepción intrauterina es segura, con muy baja tasa de complicaciones como EPI (0-2%), dolor pelviano y perforación uterina (0.5-1.3%), las cuales tienen la misma prevalencia en nulíparas y adolescentes que en adultas y/o multíparas. No hay respaldo para la hipótesis de asociación entre paridad y riesgo de expulsión de DIU, por lo que se concluye que las nulíparas no tienen mayor riesgo que las multíparas^{47- 48}. Se considera que la anticoncepción intrauterina es un método adecuado y sin restricciones de edad o paridad y que debería ser ofrecido siempre en la consejería a adolescentes Es Criterio de Elegibilidad 2

La inserción de los dispositivos intrauterinos no muestra en general mayor dificultad en la colocación comparado con adultas, ni comparadas las nuligestas con las multíparas. En una cohorte de 1117 adolescentes se pudo colocar en el primer intento en el 96% de los casos, con una tasa de continuidad al año del 74%

El riesgo de infección luego de la colocación de DIU es baja. No hay estudios que demuestren un riesgo aumentado de EPI en pacientes nulíparas ni evidencia de que su uso se asocie a infertilidad. Deberíamos tener presente para algunos casos en particular que la colocación de DIU es el método más eficaz como anticoncepción de emergencia, si se coloca dentro de los 5 días de las relaciones sexuales desprotegidas con la ventaja de que luego queda funcionando como LARCS

- ***Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)***

Argentina dispone de dos tipos de endoceptivos que liberan LNG. Ambos poseen forma de T, pero varían en su tamaño y en la dosis. El DIU-LNG que contiene 52 mg de LNG libera a nivel intrauterino 20 µg diarios y el otro DIU-LNG, de 13.5 mg, libera 14 µg diarios, de menor tamaño tanto el dispositivo como el tubo insertor diseñado especialmente para mujeres jóvenes y nulíparas.

El DIU-LNG no afecta la densidad mineral ósea ni aumenta el riesgo de fracturas. La función ovárica no se ve afectada. Otros beneficios no contraceptivos son la mejoría de la dismenorrea y su utilización en el tratamiento de la endometriosis/adenomiosis.

-No se recomienda la antibioticoterapia como profilaxis, ni previa, ni posterior a la colocación de un DIU porque no está demostrado que disminuya el riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria (EPI)²⁶. El riesgo de EPI asociada a la colocación de DIU es más alta en los primeros 20 días post inserción (RR 9.7 casos por 1000 mujeres/año de uso), luego el riesgo es igual que en no usuarias²⁷, lo que sugiere que sería por una infección preexistente al momento de la colocación y no por el DIU per se. No se requiere screening para ITS para la inserción de anticoncepción intrauterina.

- ***Implante subdérmico de etonogestrel***

El implante es un método muy seguro en las adolescentes, con alta tasa de continuidad, sin embargo, el patrón de sangrado irregular produce una discontinuidad del método del 10% en el primer año de uso. Una consejería adecuada anticipando los posibles cambios y efectos secundarios disminuye la tasa de abandono

El mecanismo principal de acción es la anovulación, además espesa el moco cervical impidiendo el ascenso de espermatozoides^(.34 35 36)

Es un método reversible muy eficaz (tasa de falla de 0.05% similar a la ligadura tubaria).²² La eficacia es similar en mujeres con peso adecuado, con sobrepeso y en obesas.

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes e impredecibles e incluyen: ausencia de menstruación, sangrados frecuentes y prolongados El patrón irregular de sangrado produce una discontinuidad del 10% en el primer año de uso

Puede presentar efectos adversos: cefalea, tensión mamaria, acné(38 39 40.) Aproximadamente un 12% de las usuarias reportaron ganancia ponderal, pero sólo 2% discontinuaron el método por dichos motivos.³⁵ Una adecuada consejería informando sobre los posibles efectos adversos contribuye a evitar la discontinuidad

La escasa literatura disponible es suficiente como para asegurar que el uso de implantes subdérmicos no tiene influencia en la densidad mineral ósea ni riesgo de fracturas.

Consejería en LARCS

En salud sexual y reproductiva la consejería es una etapa fundamental a cumplir. Su principal objetivo es favorecer el conocimiento de MAC, informar sobre el uso de métodos altamente eficaces, y desterrar mitos o conceptos erróneos. Está centrada en la persona. Esto facilita a la joven para la toma de una decisión correcta, brindando apoyo, proporcionando información en cuanto a alternativas y ayudando a la elección, sabiendo que la elección informada va de la mano del principio de autonomía. Debe brindar información sobre derechos sexuales y reproductivos, prevención de infecciones de transmisión sexual y prácticas de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena

Es fundamental en la adolescente embarazada, durante los controles prenatales realizar consejería en salud sexual y reproductiva haciendo hincapié en la elección del MAC, así poder llegar a la situación de parto con el MAC definido y de este modo reducir embarazos no intencionales y la tasa de abortos . Esto también permitirá posponer o evitar futuros embarazos

La anticoncepción post evento obstétrico (AIPE)

se basa en garantizar a la joven el acceso al método anticonceptivo elegido en el periodo posterior al parto vaginal, cesárea o aborto antes del alta hospitalaria

Se debe realizar consejería en MAC siempre que estemos ante una joven en situación de aborto para no perder oportunidades

La anticoncepción intrauterina y el implante sub-dérmico deberían ofrecerse como métodos de primera línea en estos casos, ya que son una opción segura y eficaz para no repetir un segundo embarazo.

La colocación del DIU cobre post aborto inmediato demostró ser más eficaz que su colocación en el periodo de intervalo. La colocación del DIU inmediatamente luego de la evacuación de un aborto en el primer trimestre debería ofrecerse de

rutina como un método seguro y efectivo. (Revista Amada, VOLUMEN 14, n°1 (2018))

.Los equipos de salud suelen no tenerlo presente como primera opción y retrasan la colocación de los mismos

Debería haber disponibilidad de LARCS en la sala de parto o quirófano

La consejería de LARCS es fundamental para evitar la discontinuidad del método

Siempre se debe sugerir el uso del preservativo (doble protección) en usuarias de LARCS, como único método de prevención de infecciones de transmisión sexual. (ITS).

Criterios de elegibilidad

Recomendaciones nacionales e internacionales

Según los criterios de elegibilidad de la OMS (2015) se considera a los DIU-Cu y DIU-LNG como categoría 2 en nuligestas y adolescentes, y al implante como categoría 1, o sea que pueden ser utilizados, no hay restricción para el uso de LARC's respecto a la edad, paridad, lactancia, postparto y postaborto (categoría 1 y 2). (13)

La categoría 4 se limita para el DIU-Cu y SIU-LNG en los casos de sepsis puerperal y post aborto séptico

Estos conceptos están avalados en el 2012 por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), en el 2014 la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) Se recomienda que los LARC's sean usados como métodos anticonceptivos de primera elección, ya que las adolescentes están expuestas a un alto riesgo de embarazo no planificado y pueden beneficiarse incrementando el acceso a estos métodos

Las recomendaciones de ACOG se basan en criterios de elegibilidad del CDC (<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>)

A nivel nacional la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA), y Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil (SAGIJ) entre otras entidades científicas también avalan estas recomendaciones

.

- Los LARCS presentan pocas contraindicaciones y deberían ofrecerse de rutina en la consulta ginecológica como una opción segura y eficaz para la mayoría de las mujeres de todas las edades

Costo- efectividad

Analizando el costo promedio anual de los LARCS, partiendo de la literatura que sugería que los LARCS eran métodos con aumento de la costo – efectividad por su duración prolongada, se concluyó 3 años de uso son más costo-efectivos que los SARC. (3) que si no son utilizados durante todo su período de eficacia continúan siendo costo efectivos al compararlos con los SARCS (anticonceptivos orales e inyectables, parches, anillos vaginales, y condones). El costo de los LARC se iguala al de los SARC con 2.1 años de uso de los LARC y a los 3 años de uso son mas costo-efectivo que los SARCS(3)

El proyecto CHOICE tuvo como objetivo promover los LARCS y reducir los embarazos no planificados. Previa consejería sobre los métodos anticonceptivos, el 75% de las mujeres enroladas eligieron un LARC (DIU, implante), proporcionándoles el método de su elección durante 3 años sin costo. El 65% de las adolescentes entre 14 a 17 años eligieron el uso de implante (40%) y de DIU-Cu (25%). Las adolescentes entre 18 a 20 años eligieron DIU-Cu (40%) e implante (16%). (4 -5).

Cuando las mujeres son bien informadas sobre las diferentes opciones anticonceptivas, y no existe una barrera económica, la mayoría elige un LARCS disminuyendo, por lo tanto, las tasas de embarazos no planificados y abortos.

- **Mitos y conceptos médicos erróneos** (8 -10)

Las barreras más frecuentes que dificultan que los médicos ofrezcan anticoncepción intrauterina son: nuliparidad, riesgo de EPI, dificultad en su inserción, dolor en la inserción, riesgo de embarazo ectópico. Por lo tanto una adecuada actualización y entrenamiento del equipo de salud eliminaría estas dificultades.

También la existencia de diversos mitos o ideas falsas son transversales en la sociedad y limitan muchas veces la toma de decisiones acertadas a ser trabajadas en la consejería

Consideraciones:

Utilizar LARCS es una solución para la prevención del embarazo en la adolescencia.

Son métodos de alta tasa de eficacia, continuidad y satisfacción, con tasa de embarazo menor al 1% por año con uso típico y perfecto

Se aconseja que deberían de considerarse métodos de primera línea para las adolescentes y especialmente post evento obstétrico

Tener presente que la anticoncepción es siempre una urgencia

Reforzar los conceptos de cuidado en ITS y el uso de preservativo en toda consulta por anticoncepción Doble protección

- Recomendamos el uso de LARCS en adolescentes por los siguientes motivos :
 - Edad no es una restricción
 - Adecuado para nulíparas
 - Independiente de la motivación/adherencia de la usuaria
 - Reversibles
 - Alta eficacia, continuidad y satisfacción
 - No alteran la lactancia
 - Beneficios adicionales no contraceptivos
 - Bajo riesgo de efectos adversos

El incremento en su uso depende de:

- Que en la consejería se aumente el informe sobre LARCS para mejorar el conocimiento sobre los mismos y desterrar mitos y conceptos erróneos
- Implementar estrategias para mejorar la adherencia (cumplimiento, uso correcto y consistente, continuidad) de los MAC en general
- Los equipos de salud deben mejorar su capacidad de abordar la utilización de LARCS
- Entrega gratuita y accesible

Requisitos para la prescripción de AH en adolescente:

- Proteger la masa ósea utilizando ACO combinados con dosis no menores a 30 µg de EE a las adolescentes menores de 18 años, luego de la lactancia
- Elegir el ACO combinado con el progestágeno más conveniente según el perfil clínico de la usuaria
- Todas las vías de administración son posibles. Elegir la más adecuada respetando lo que surja en la consejería pudiendo ser oral, parches, anillos, inyectables, dispositivos intrauterinos o implantes sub-dérmicos

Cuáles son las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría para disminuir el embarazo adolescente.

- Los profesionales de la salud que atienden adolescentes deberían estar familiarizados con el marco normativo vigente, en cuanto al interés superior del adolescente, el concepto de autonomía progresiva, la privacidad y su derecho a expresar su opinión y a ser escuchado en todos los asuntos que lo afecte. Además, es clave que estén al tanto de las guías y protocolos para la atención de situaciones complejas que pueden ser identificadas ante una situación de embarazo, como la detección del abuso sexual, el maltrato infantil y la posibilidad de recurrir a la interrupción legal del embarazo
 - Hay que promover una salud sexual libre de coerción, placentera y responsable.
 - Los pediatras deben tener en cuenta que las consultas sobre anticoncepción constituyen una demanda que requiere ser satisfecha en forma urgente. La prescripción de métodos anticonceptivos debe hacerse cada vez que sea requerida por cualquier adolescente, sin ningún otro requisito que su consentimiento y su evaluación integral en salud.
 - Cuando el embarazo ocurre en menores de 15 años siempre deberán investigarse relaciones de poder y/o abuso.
 - El seguimiento de las adolescentes embarazadas requiere de un accionar interdisciplinario. Es fundamental la articulación con otros sectores: educación, organismos de protección de derechos, ONG y la comunidad como apoyo para su desarrollo autónomo. Y comprometer al varón en las acciones destinadas a la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia.
 - Es importante que cualquiera sea el método anticonceptivo indicado, se remarque que el uso del preservativo es lo único que previene las Enfermedades de Transmisión Sexual.

BIBLIOGRAFIA:

1-Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. México 2012

2-Criterios de Elegibilidad de la OMS 2015

3-FSRH Guideline Contraception After Pregnancy- January 2017

4- Revista Amada, VOLUMEN 14, n°1 .2018

Los diez pasos para la atención de la adolescente embarazada y su hijo

*Tener una guía de atención

*Entrenar a todo el personal

*Enfocar la atención en forma interdisciplinaria para brindar calidad y proyecto de vida a la adolescente, su hijo y su entorno familiar

*Tener un espacio físico adecuado para la atención personalizada

*Garantizar la atención por profesionales que puedan acercarse a la problemática sin prejuicios y con buena actitud de escucha

*Realizar educación continua para la adolescente, su pareja y su familia

*Fomentar la lactancia materna

*Fomentar en vínculo madre-papá-hijo y con su familia de origen

*Promover grupos de apoyos, acciones de prevención primaria y secundarias interrelacionadas con los sectores de educación, salud y acción social

*Orientar a planificar nuevos embarazos