



El embarazo en la adolescente

El embarazo en la adolescente sigue siendo un problema de salud pública en nuestro país. Mucho se ha avanzado, desde la trinchera pública, con la instauración de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en 2015, cuando la tasa de fecundidad específica para adolescentes rondaba los 77 nacimientos por cada mil adolescentes.¹ Ahora, a diez años de su lanzamiento, según fuentes oficiales esa tasa ha disminuido a 50 nacimientos por cada mil;² sin embargo, y a pesar del esfuerzo, mucho falta por hacer.

En los treinta años de mi trabajo en el Instituto Nacional de Perinatología como coordinadora de la Clínica de Medicina de la Adolescente corroboramos que la solución es compleja. Son muchos los factores que llevan a una adolescente a optar por un embarazo como un plan de vida, tal vez la falta de conocimiento y el acceso a los métodos de planificación familiar, tal vez la limitación de las oportunidades académicas y laborales para ellas en sus comunidades, tal vez la transmisión intergeneracional de los patrones de conducta o pobreza, tal vez...

Muy probablemente nosotros, como médicos o como instituciones de academia (FEMECOG)

no podemos solucionar el problema, pero sí podemos sumar esfuerzos. Quizá no podamos evitar el primer embarazo en estas adolescentes, pero sí podemos evitar el segundo. Y lo podemos lograr con una adecuada asesoría anticonceptiva mientras dura el control prenatal, sensibilizando a estas niñas (si me permiten el término), de lo importante que es optar por una anticoncepción posparto mediante anticonceptivos de larga duración, reversibles, que en uso perfecto, el riesgo de embarazo va de un 0.1% (implante subdérmico) a un 0.3% (endoceptivo liberador de levonorgestrel) y un 0.6% (dispositivo intrauterino de cobre).³

Colocar un implante subdérmico de levonorgestrel o etonogestrel es seguro durante el puerperio: menos de seis semanas postparto es categoría 2 y más o menos 6 semanas postparto es categoría 1. La inserción del dispositivo intrauterino antes de las 48 horas (incluida la inserción posplacenta) es categoría 1 para el dispositivo de cobre y categoría 2 para el endoceptivo de levonorgestrel.⁴ Así, para quienes atendemos adolescentes, el universo de acción es amplio y halagador en cuanto a oportunidades se refiere: nosotros podemos informar, acompañar en la elección del método y en la toma de decisiones.

Siempre lo he dicho y lo seguiré diciendo, a manera de reflexión y de invitación a todos mis colegas: nosotros somos el vector de cambio.

Josefina Lira Plascencia
Vicepresidenta de FEMECOG

REFERENCIAS

1. Medina Gómez OS, Ortiz González K. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. Rev Panam Salud Pública 2018; 42 (30). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.99>
2. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. Comunicado de prensa número 305/24. 22 de mayo de 2024. Página 1/48 Comunicación social. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
3. Bradley SEK, Polis CB, Micks EA, Steiner MJ. Effectiveness, safety and comparative side effects. In: Cason P, Cwiak C, Edelmet A, Kowal D, et al. Contraceptive technology. 22nd edition. Burlington: Jones-Bartlett Learning; 2023 <https://contraceptivetechnology.org/the-book>
4. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th ed. <https://www.who.int/publications/i/item/978924011155>

Declarar el uso de la inteligencia artificial

Los autores que en su investigación recurrieron a la inteligencia artificial deben declararlo y señalar, para juicio del editor y revisores pares, en dónde y para qué. Los contenidos generados por la inteligencia artificial deben ser sometidos a un riguroso análisis crítico que evalúe su precisión y su veracidad.