

ANTICONCEPCION

Dres. Paula Califano*, Patricia García Arrigoni**
Editoras Dras. Roxana Martinitto y Liliana Campmany

INTRODUCCION

La salud sexual del adolescente es un proceso dinámico de crecimiento y desarrollo que incluye cambios en las áreas biológicas, psicológicas, sociales, culturales y ambientales. El ejercicio de la sexualidad en esta etapa es un componente básico del fenómeno salud-enfermedad, y las distintas maneras de enfrentarlo pueden tener implicancias en el proceso reproductivo y en la salud bio-psico-social de los adolescentes. La sexualidad está presente en todos los aspectos de la vida de una persona desde su nacimiento hasta su muerte¹.

La educación impartida sobre sexualidad e implementación de métodos anticonceptivos debería realizarse en la familia y en la escuela, antes del ejercicio activo de la misma, a varones y mujeres en conjunto para alentarlos a compartir la responsabilidad de la contracepción.

Cualquiera sea nuestra opinión sobre la temprana iniciación de esta enseñanza o de lo aconsejable de una relación sexual temprana, los jóvenes seguirán manteniendo relaciones sexuales y posiblemente quedarán embarazados, a menos que se les proporcione una educación adecuada y un consejo oportuno sobre los posibles métodos anticonceptivos.

Una educación temprana que abarque todos los aspectos de la sexualidad, acompañada de

un consejo individual y un buen servicio de orientación contraceptiva y prevención de infecciones de transmisión sexual, serán la base para que los adolescentes construyan un patrón responsable de conducta sexual².

Según estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en la Argentina es de 15 años y 6 meses, y la edad promedio del primer embarazo en adolescentes es de 16 años y 6 meses.

Aproximadamente entre un 60 y un 70 % de los adolescentes dicen haber utilizado métodos anticonceptivos en el inicio de las relaciones sexuales³. El 70% de los adolescentes había consumido alcohol y/u otras drogas antes de su primera relación sexual.

Quizás la cifra más alarmante desde el punto de vista sanitario es la aparición de un segundo embarazo en el 24 % de las adolescentes, antes de los 20 años, hecho que demostraría la falta de tareas preventivas durante el primer embarazo y parto posterior.

Etapas de la adolescencia

La adolescencia es una larga y compleja etapa vital que se inicia con los cambios puberales y se extiende hasta la elaboración de los conflictos básicos, que posibilitará la organización de la identidad adulta. Este período abarca, aproximadamente, desde los 10 años hasta los 22. Actualmente, algunos organismos internacionales como la OMS la extienden más allá, hasta los 25.

La adolescencia se subdivide en tres etapas.

Consultorio externo de Clínica.
* Ginecóloga pediátrica. ** Adolescencia.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Cada una de ellas posee logros específicos; esta subdivisión no se da de manera lineal y suele ser asincrónica. Es importante reconocer en qué etapa evolutiva se encuentra el adolescente a fin de poder brindar la información de manera correcta y oportuna.

Adolescencia temprana o pubertad:

10 -14 años

Los logros de esta etapa están en relación con lo biológico. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. Se produce el resurgimiento de las pulsiones sexuales de la infancia y existen nuevas funciones que irán acompañadas de cambios en la conducta.

Los cambios corporales iniciales son tan vertiginosos que impiden que pueda reelaborar con facilidad su esquema corporal. Los púberes tienen un cuerpo casi totalmente desarrollado que aún no es reconocido como propio, con funciones y posibilidades que además de no poder ejercer, son fuentes de angustias y miedos.

Aparece lo masculino y lo femenino. Es la menarca en la niña y la primera eyaculación en el varón lo que irá ayudándolos a elaborar su identidad sexual: ser hombre, ser mujer.

La salida del núcleo familiar en esta etapa está dada por la integración a un grupo-bloque de pares del mismo sexo.

Adolescencia media o propiamente dicha:

15-18 años

Los logros de esta etapa están directamente relacionados con lo psicológico y van reforzando la identidad y definiendo el rol sexual. Se da la ruptura de la relación infantil con los padres y se produce una significativa organización intelectual. Se alcanza un más alto grado de elaboración del pensamiento, el lógico-formal.

Dentro del grupo de pares, los adolescentes comienzan a organizarse en parejas.

Aparecen preocupaciones tales como las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

Adolescencia tardía: 19-22 años

Los logros de esta etapa se relacionan con lo social. Se produce el desprendimiento familiar. Es la etapa de resolución de la conflictiva adolescente, de inserción laboral y elección vocacional.

El logro de la identidad sexual les permite a los jóvenes la elección de pareja⁴.

EI ROL DEL PEDIATRA EN LA CONSULTA CON ADOLESCENTES

El pediatra tiene un rol clave en la consulta con el adolescente, ya que conoce al paciente y a su familia, es depositario de la confianza de los

padres y está habituado a hacer prevención a través de conductas anticipatorias de los riesgos propios de cada etapa del desarrollo. Esto lo coloca en una posición inigualable con respecto a otros especialistas frente al adolescente.

Sin embargo, para la exitosa atención del paciente es imprescindible que el pediatra aborde los siguientes temas con un grado de amplitud diferente al de las consultas con pacientes infantiles.

- En primer lugar, es necesario conocer las distintas etapas de la adolescencia para poder ubicarse correctamente ante qué paciente se encuentra
- En segundo lugar, es importante tomar conciencia de que el tema de la sexualidad siempre debe estar presente en la consulta. El profesional evaluará la oportunidad de abordarlo, considerando:
 - La etapa evolutiva del joven que concurre (edad cronológica, ginecológica y madurez psicosocial).
 - Cuál es el motivo de consulta manifiesto y cuál el latente.
 - Si la consulta es previa o posterior al inicio de relaciones sexuales.
 - Si tiene conocimiento de los métodos anticonceptivos, si los utilizó y de qué manera (correcta o incorrectamente).
 - Si tiene información acerca de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el grado de exposición a las mismas.
 - Hábitos: cigarrillo, alcohol, drogas.
 - Si se encuentra en situaciones de riesgo (embarazo, aborto, adicciones, etc).
 - Si tiene pareja o no. Tener en cuenta las características de la relación, edad del varón/mujer y experiencia sexual, grado de aceptación o rechazo a los métodos anticonceptivos, nivel cultural.
 - Composición de la familia de origen, nivel socioeconómico, cultural, religión, opinión y/o conocimiento de los padres del inicio de relaciones sexuales de sus hijos⁵.

Hay que garantizar a los adolescentes la confidencialidad, el derecho al respeto por su intimidad y el secreto médico. El secreto médico es una fórmula médico legal que expresa el deber, el derecho y la obligación de quien ejerza una rama del arte de curar, de guardar reserva de lo que ha visto, oído o actuado en el ejercicio de su profesión. Quedarían excluidas del mismo situaciones en las que se juzgue que existe justa causa para ello (violencia familiar, desprotección de los adolescentes ante una situación de embarazo, riesgo de aborto, suicidio, adicciones, etc.)⁶.

MARCO LEGAL

Los derechos sexuales y reproductivos son

parte de los derechos humanos y por ello fundamentales para la vida. Al tener rango constitucional, la violación de los mismos o la imposibilidad de ejercerlos en la vida cotidiana afectan en forma directa el ejercicio de la ciudadanía.

La Argentina ratificó la Convención Internacional sobre Derechos del Niño en 1990 y está incorporada en el artículo 75 de la Constitución Nacional, por el cual los niños y adolescentes son considerados sujetos plenos de derecho⁶.

La Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable 25.673 fue promulgada el 30 de octubre de 2002, y su artículo 1º dice: "Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud".

El Programa se pone en marcha en marzo de 2003, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente. Dentro de los objetivos del Programa se encuentran:

- Artículo 2, "inciso d: promover la salud sexual de los adolescentes".
- "Inciso e: contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual de HIV/SIDA y patologías genitales y mamarias".
- "Inciso f: garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable".
- Artículo 3º: "el programa está destinado a toda la población sin distinción alguna".
- Artículo 4º: "la presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849)"⁷.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen leyes específicas que reglamentan la práctica profesional para la atención de niños y adolescentes:

- 1) Ley N° 114: "Protección Integral de los derechos de los niños /as y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires".
- 2) Ley N° 418 (modificada por Ley 439): "Salud Reproductiva y Procreación Responsable".

Por lo anteriormente expuesto, se desprende que no sólo es un derecho de los adolescentes el ser informados y asesorados en salud sexual y reproductiva, sino también una obligación por parte de los profesionales el abordar esta temática durante la atención de los adolescentes.

El Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, a través del Equipo de Atención de Adolescentes, se incorporó como efector al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad

de Buenos Aires desde octubre de 2006. Cuenta con insumos suministrados por el Programa: preservativos, anticonceptivos orales combinados y sólo progestágenos, inyectables, de emergencia y DIU, para poder proveer a los usuarios (adolescentes) en el ámbito de las consultas profesionales, talleres o consejerías realizadas a tal fin.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los requisitos ideales que debe cumplir un método anticonceptivo en la adolescencia, son: alta efectividad, reversibilidad, tolerancia, aceptabilidad, un mínimo de planeamiento y efectos colaterales mínimos.

El concepto de DOBLE PROTECCIÓN se define como la prevención simultánea de infecciones de transmisión sexual y de embarazo no deseado. Puede ser logrado a través del uso correcto y consistente del preservativo solamente o en conjunto con otro método (Internacional Planned Parenthood Federation)⁸.

La efectividad teórica del preservativo masculino es de 3 embarazos por 100años / mujer en el primer año de uso, pero el real o clínico es de 14 embarazos por 100años / mujer⁸.

Se pueden clasificar en:

- 1) Métodos de Barrera:
 - Físicos o mecánicos: preservativo masculino, femenino, diafragma, esponjas.
 - Químicos: espermicidas (óvulos, geles, cremas).
- 2) Hormonales:
 - Orales.
 - Inyectables.
 - Transdérmicos.
 - Anticonceptivo de Emergencia.
- 3) Dispositivo Intrauterino (DIU).
- 4) Abstinencia periódica.

Preservativo masculino

El preservativo es el único método para prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS); es seguro, reversible, accesible, fácil de utilizar y muy efectivo si se lo usa correctamente. Pero los estudios demuestran que si bien los adolescentes lo utilizan (60%), no lo hacen correctamente. ¿Cuáles son las dificultades?

- 1) El varón debe estar motivado para utilizarlo.
- 2) Existen muchos mitos acerca del preservativo: disminuye la sensibilidad en el varón y en la mujer, el virus del SIDA lo atraviesa, se rompe con facilidad, etc.
- 3) Quita espontaneidad al acto.
- 4) Los adolescentes lo utilizan los primeros meses de la relación de pareja y luego lo dejan (cuando la relación se hace más estable).

Por lo tanto, hay que trabajar todos estos temas cuando uno aborda la consulta. Es un méto-

do que puede ser indicado por cualquier profesional de la salud.

Además de la indicación de preservativo, hay que explicar cómo debe ser utilizado:

- Ver fecha de vencimiento en el envase.
- Ver normas IRAM en el envase.
- Verificar indemnidad del envase.
- Utilizarlo desde el inicio de la relación sexual.
- Extraerlo luego de la eyaculación pero antes de que finalice la erección.
- Verificar que no se haya roto.
- No puede ser reutilizado.
- Debe ser usado también en las relaciones orales y anales.
- Sólo pueden utilizarse lubricantes a base de agua (no vaselina).
- Debe ser utilizado cada vez que se tenga una relación sexual.

Contraindicaciones

- Alergia al látex.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Anticoncepción hormonal en la adolescencia

- 1) Orales combinados.
- 2) Orales con sólo gestágenos.
- 3) Inyectables combinados.
- 4) Inyectables con sólo gestágenos (no hay en el país actualmente).
- 5) Transdérmicos combinados (parches).

Anticoncepción oral

En anticoncepción hormonal oral se ha avanzado mucho en los últimos años. Se han podido reducir las dosis del estrógeno presente en las formulaciones orales (etinilestradiol o EE) que generaban retención de líquido importante -mastalgia, cefaleas, etc.- de más de 50 microgramos en los años 60 hasta 15 en la actualidad. Las que más se utilizan en la adolescencia son las que tienen 20 o 30 microgramos de etinilestradiol.

El otro componente, el progestágeno, también ha evolucionado. El más utilizado es el levonorgestrel (2da. generación). Los de 3ra. generación son el desogestrel, gestodeno y norgestimato. El de más reciente aparición es la drospirenona, que es un análogo de la espironolactona, que combina la elevada actividad progestacional esencial con efectos antiandrogénicos y antiminerlocorticoides semejantes a los de la progesterona⁹.

También hay distintas formulaciones: la más común es la que posee 21 pastillas activas (con medicación) y 7 de placebo. Actualmente existen otras como, por ejemplo, 24 + 4, que mejorarían el síndrome disfórico premenstrual. Los compuestos con sólo progestágenos (indicados en la lactancia y en patologías como la endometriosis)

contienen 28 pastillas activas, no hay placebo. Para situaciones especiales en las que es conveniente que la paciente esté en amenorrea, como anemia severa, metrorragia disfuncional o algún tipo de diátesis hemorrágica, también existen combinaciones de 84 comprimidos activos + 7 comprimidos de placebo (la paciente menstrúa cada 4 meses)¹⁰.

El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales combinados es la inhibición de la ovulación¹¹.

Contraindicaciones

Los ítems que se enumeran a continuación son contraindicaciones para la utilización de anticoncepción hormonal combinada¹².

- Historia de trombosis venosa/tromboembolismo pulmonar.
- Factores de mutación trombogénica (mutación del factor V de Leiden o proteína C, proteína S o deficiencia de antitrombina III).
- ACV.
- Enfermedad valvular cardíaca con hipertensión pulmonar, endocarditis bacteriana, fibrilación auricular.
- Enfermedad cardíaca cianótica.
- Hipertensión pulmonar.
- Migraña con aura a cualquier edad.
- DBT con neuropatía/retinopatía y neuropatía.
- LES asociado a síndrome antifosfolipídico o enfermedad renal, particularmente hipertensión.
- Disfunción hepática.
- Tumores hormono-dependientes.

Existe gran variabilidad en este rubro, pero para que el método resulte efectivo es necesario conocer determinados aspectos relacionados con la paciente y su entorno.

Con respecto a la paciente es fundamental saber el nivel socio cultural y educativo si comprende cómo deben tomarse las pastillas y las situaciones en las que puede haber alteración en la absorción y/o metabolización. Es importante comprender el grado de motivación y/o compromiso con el método, ya que muchas veces es el profesional o la madre quienes desean que lo utilice.

El profesional tiene que tener en cuenta:

- Presencia de enfermedad que contraindique la toma.
- Medicación que interfiera con los anticonceptivos.

Anticoncepción inyectable

Con gestágeno sólo

Preparado con acetato de medroxiprogesterona de depósito, de 150 mg, de administración intramuscular trimestral (actualmente no disponible en el país). Al no contener estrógenos es de

utilidad durante la lactancia, para pacientes con contraindicación de recibir estrógenos y para aquellas con dificultad para la adherencia a otros métodos¹³.

Inyectables combinados

Progestágeno de depósito (que es el que brinda el efecto anticonceptivo) y un estrógeno (para controlar el sangrado). Se aplican mensualmente. Resultan muy útiles en pacientes con falta de motivación para cumplir un tratamiento diario, en aquellas con alteraciones gastrointestinales, en pacientes discapacitadas y de alto riesgo de embarazo. Sin embargo, existe mayor frecuencia de sangrados irregulares que con los anticonceptivos orales.

Transdérmicos combinados (parches)

El parche consiste en un sistema tricapa que libera estrógeno (etinilestradiol 20 Ug) y progestágeno (norelgestromin 150 Ug) por día. Tiene un tamaño de 4,5 x 4,5 cm y es de color simil piel. Es de aplicación semanal durante tres semanas y en la cuarta se interrumpe el tratamiento y se produce el sangrado por privación. Su efectividad es comparable a los anticonceptivos orales (ACO). Evita la inactivación por enzimas digestivas y el efecto del primer paso hepático. Se encuentra particularmente indicado en pacientes con problemas digestivos. Los efectos adversos son similares a los de los ACO de igual dosis de estrógenos¹⁴.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Los primeros DIU utilizados fueron los inertes que actuaban por su masa y su forma a manera de cuerpo extraño. Los que se utilizan en la actualidad son los medicados o bioactivos que actúan no sólo por su masa sino por los efectos específicos de sus agregados biológicamente activos.

Los hay con cobre y con progestágenos; éstos últimos no son de elección en la adolescencia¹⁵.

El mecanismo de acción del DIU con cobre se basa en la disminución de la capacidad fertilizante que produce este metal en los espermatozoides, así como la alteración en la motilidad de las trompas de Falopio.

No es un método de primera elección en jóvenes nulíparas. Sin embargo, es un método a tener en cuenta en adolescentes con antecedentes de embarazos o abortos y en discapacidad mental y/o física.

El uso de DIU en adolescentes se asocia a tasas más altas de expulsión, mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y metrorragia¹⁶.

Anticonceptivo de emergencia

La anticoncepción de emergencia consiste en un método anticonceptivo que puede ser utilizado por una mujer en los primeros días después de

una relación sexual no protegida o mal protegida para prevenir un embarazo no deseado (OMS). Es un método de excepción.

Existen dos tipos de compuestos:

- 1) Con levonorgestrel (LNG) solo (de elección): consiste en dos comprimidos de LNG de 0,75 mg que deben ser ingeridos con un intervalo de 12 horas o juntos, o un solo comprimido de 1,5 mg. Deben ser tomados dentro de las 72 horas de un coito sin protección. La efectividad es mayor cuanto más precoz sea la toma.
- 2) Método de Yuzpe: es una combinación de dosis altas de estrógeno (EE, 200 ug) y de gestágeno (LNG, 1 mg), repartidas en dos dosis administradas en un solo día. Presenta efectos adversos más importantes debidos al componente estrogénico (intolerancia digestiva, náuseas y vómitos), con la consiguiente disminución en su efectividad (idem 13).

Mecanismo de acción

- 1) Inhibición de la ovulación.
- 2) Espesamiento del moco cervical impidiendo el ascenso de los espermatozoides.

Es importante remarcar que el método no es abortivo y que si, accidentalmente, fuese utilizado en una mujer embarazada, no provoca efectos adversos en el feto¹⁷.

Indicaciones (idem 16)

- 1) Violación.
- 2) Rotura o mal uso del preservativo.
- 3) Olvido de más de dos píldoras anticonceptivas durante la primera semana de administración y un coito en los días precedentes.
- 4) Olvido de la minipíldora.

Otros métodos

Diafragma

Copa de látex con un aro flexible que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo de saco posterior y la sínfisis pubiana. En desuso actualmente, ya que no protege de las ITS, requiere una alta motivación y conocimiento de la anatomía de los genitales por parte de la paciente, necesita asesoramiento médico, requiere planeamiento de las relaciones sexuales y debe ser utilizado junto con jalea o crema espermicida¹⁶.

Preservativo femenino

Es un preservativo diseñado para un total recubrimiento de la vagina. Tiene un aro interior para facilitar su colocación y uno exterior que permanece fuera de la misma, aplanado, junto a los labios mayores.

Tiene un elevado costo y no es de los más utilizados actualmente.

CONCLUSIONES

1. El pediatra se encuentra en una posición desigualable con respecto a otras especialidades frente al adolescente, al ser depositario de la confianza de jóvenes y padres y por estar acostumbrado a hacer prevención a través de conductas anticipatorias desde la infancia.
2. El tiempo para aconsejar, educar, e intentar solucionar problemas en cuanto a necesidades anticonceptivas y/o prevención de situaciones de riesgo, tiene que ser parte imprescindible de cualquier consulta en esta etapa de la vida.
3. En la consulta pediátrica es oportuno animar el empleo constante y correcto del preservativo en cada encuentro sexual.
4. Los pediatras se encuentran en condiciones de prescribir anticonceptivos ante la solicitud de pacientes sanas, sin "un examen previo", siendo posteriormente remitidas al especialista.
5. Es imprescindible asegurar el acceso confidencial, libre y gratuito de los adolescentes a los servicios de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.

REFERENCIAS

1. Giurgiovich, A., Di Noto, A., Raffa, S. "Análisis de la evaluación de las características de la sexualidad adolescente de las pacientes que consultan al Hospital de Clínicas", SAGIJ. 2007; 14: 25-33.
2. Posse, F.; Verdeguer, S. La sexualidad de las personas discapacitadas. "Anticoncepción y discapacidad". Fundación Creando Espacios, 1991; 1: 237-247.
3. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. 2005.
4. Tropp A., Trumper, P., Santos, H. Manual de Ginecología Infanto Juvenil de SAGIJ. "Sexualidad en la infancia y adolescencia", Editorial Ascune. 2003; 4: 80 - 86.
5. Di Noto, A., "Abordaje de la consulta en salud Reproductiva en adolescencia. Criterios de Elegibilidad". Revista SAGIJ. 2004; 11: 189 - 193.
6. Girard, G.; Pérez De La Fuente, J. Manual de Ginecología Infanto Juvenil de SAGIJ. "Convención sobre los Derechos del Niño y aspectos éticos y legales en la atención de adolescentes". Editorial Ascune. 2003; 36: 492 - 498.
7. Branca, D. Anticoncepción del Siglo XXI (Asociación Argentina de Anticoncepción). "Marco legal". Editorial Ascune. 2005; 22: 863 - 873.
8. Fernández, M.; López Kaufman, C. Anticoncepción del Siglo XXI (Asociación Argentina de Anticoncepción). "Métodos de abstinencia periódica, de barrera y químicos". Editorial Ascune. 2005; 9: 204 - 227.
9. Coll I. Capdevila, C. "Anticoncepción hormonal oral combinada: nuevos gestágenos". Revista SAGIJ. 2002; 9 (3): 154 - 172.
10. Comité on Adolescente. "Contraception and adolescents". Pediatrics. November 2007; 120: 1139.
11. SAGIJ - SAEGRE - AMADA. "Consenso: mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. Revista SAGIJ. 2004; 11: 206 - 209.
12. Oizerovich, S. Anticoncepción del Siglo XXI (Asociación Argentina de Anticoncepción). "Criterios médicos de elegibilidad". Editorial Ascune. 2005; 7: 170 - 187.
13. Dazza, D. y Seoane López, J. Diagnóstico y terapéutica en Endocrinología Ginecológica y reproductiva. "Anticoncepción hormonal". Editorial Ascune. 2004; 1(4): 775 - 820.
14. Bagnati, E.; Bahamondes, L.; López Kaufman, C. y col. Anticoncepción del Siglo XXI (Asociación Argentina de Anticoncepción). "Anticonceptivos de sistemas de liberación prolongada". Editorial Ascune. 2005; 12: 400 - 459.
15. Charalambopoulos, T.; López Diego, A. Anticoncepción del Siglo XXI (Asociación Argentina de Anticoncepción). "Dispositivos intrauterinos". Editorial Ascune. 2005; 10: 230 - 261.
16. Trumper, E.; López Kaufman, C.; Santos, H. Manual de Ginecología Infanto Juvenil de SAGIJ. "Anticoncepción en la adolescencia". Editorial Ascune. 2003; 31: 441 - 457.
17. Comité on Adolescente. "Contraception and adolescents". Pediatrics. November 2007; 120: 1144.