

Anticoncepción en la adolescencia

N. Parera i Junyent

Unidad de Ginecología Infanto-Juvenil. Departamento d'Obstetricia, Ginecología i Medicina de la Reproducció
Institut Universitari Dexeus. Barcelona

EPIDEMIOLOGÍA

Según la *Enquesta de Salut als Adolescents Escolaritzats de Catalunya* 2001, realizada en 7.000 jóvenes de 14 a 19 años, el 24% de las chicas y el 21% de los chicos refieren haber mantenido relaciones sexuales coitales. La media de edad de inicio es de 15,8 años para las chicas y 15,5 para los chicos. La tasa de actividad sexual aumenta con la edad, y el 80% de las adolescentes y el 90% de los adolescentes declaran que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual.

LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y con frecuencia no previstas. Se consideran monógamas, pero la duración de la pareja es breve ("monogamia sucesiva o en serie").

Existe una menor percepción del riesgo que, unido a la presión del grupo de iguales, a la mayor permisividad social, a la sobreexcitación de los medios de comunicación, a la deficiente educación sexual y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, colocan a los adolescentes en una alta situación de riesgo para embarazos no planificados y para infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el SIDA.

REQUISITOS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El asesoramiento anticonceptivo en la adolescencia debe considerar una serie de factores:

- **Personales:** edad, madurez física y psicológica, conocimiento de las necesidades de las adolescentes o de la pareja (frecuencia de relaciones sexuales, estabilidad o no de pareja y riesgo de ITS), grado de participación de la pareja, valores y creencias, entornos familiar y social (grupo de iguales) y estado de salud (descartar contraindicaciones).
- **De los métodos anticonceptivos:** eficacia (teórica y de uso), seguridad (repercusión negativa en la salud y en el desarrollo), complejidad de uso, accesibilidad, coste económico, relación con el coito y reversibilidad.

No existe ningún método anticonceptivo ideal para la adolescencia. Podría definirse el método anticonceptivo ideal en la adolescencia como aquel método o métodos que les permita vivir libremente su sexualidad y les proporcione una alta protección frente al embarazo y a las ITS. Para ello, en el consejo contraceptivo a los adolescentes, se les informará sobre las características de cada uno de los métodos anticonceptivos para que puedan tomar una decisión informada.

La legislación y la jurisprudencia española reconocen la plena titularidad de derechos de los menores y la capacidad progresiva para ejercerlos. Los menores maduros pueden prestar consentimiento, tienen derecho a recibir información y a la intimidad (confidencialidad). Los adolescentes que solicitan anticoncepción deben ser informados sobre la naturaleza y objetivos de la misma, sobre los beneficios, riesgos, molestias y efectos secundarios de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como de los problemas que pueden derivar de no utilizar anticoncepción y de sus alternativas.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

- **Recomendables/preferentes:** preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, anillo vaginal y transdérmica).
- **Aceptables:** anticoncepción hormonal de depósito (inyectable e implantes).
- **Poco aceptables:** DIU, métodos naturales, coito interrumpido, contracepción quirúrgica.
- **De urgencia:** contracepción postcoital.

PRESERVATIVO MASCULINO (CONDÓN)

Método anticonceptivo de elección en las relaciones sexuales esporádicas o cuando se inician relaciones sexuales con una nueva pareja. Puede utilizarse como método anticonceptivo con la pareja habitual o para combinar con métodos anticonceptivos hormonales (doble protección). Ofrece una alta eficacia anticonceptiva, protege frente a las ITS y las displasias cervicales, no tiene efectos secundarios sistémicos, no necesita prescripción médica, es cada vez más asequible, relativamente barato y fácil de llevar consigo.

El miedo a la disminución del placer sexual, las dificultades para negociarlo con la pareja, la falta de información y la asociación de su uso con relaciones sexuales promiscuas son aspectos que condicionan su utilización.

Los adolescentes deben conocer que el uso correcto del preservativo reduce en un 80% la incidencia de infección del HIV en hombres y en mujeres. También reduce la incidencia de otras ITS tanto víricas como bacterianas.

Se debe proporcionar asesoramiento en su uso correcto para una adecuada eficacia, no presuponiendo que se sepa utilizar. Las normas de utilización son las siguientes:

1. Usar el preservativo en todas las relaciones coitales.
2. Utilizar preservativos homologados.

3. Comprobar integridad y fecha de caducidad. No utilizarlos si están deteriorados (goma muy pegajosa, color oscuro del látex, cuarteamiento del mismo).
4. No conservarlos cerca del calor (bolsillo del pantalón, guantera del coche) ya que puede estropearlos. Guardarlos en lugar seco y fresco.
5. Manipular el condón con cuidado para no dañar el látex (uñas, anillos, instrumentos cortantes, "piercings").
6. Colocar el preservativo con el pene en erección antes de introducir el pene en la vagina.
7. Apretar el extremo superior del condón para dejar un espacio sin aire antes de desenrollarlo sobre el pene. Desenrollarlo con cuidado cubriendo totalmente el pene hasta su base.
8. No utilizar lubricantes con base oleosa (vaselina o aceites) pues pueden deteriorar el látex. Pueden usarse lubricantes con base acuosa.
9. Tras la eyacuación retirar lentamente el pene de la vagina antes de que haya desaparecido totalmente la erección. Sujetar el borde inferior del preservativo al pene para evitar que pueda quedar retenido en la vagina o se derrame el semen.
10. Comprobar la integridad del preservativo tras utilizarlo.
11. Cerrar el preservativo con un nudo y desecharlo en la basura.
12. Los preservativos no pueden ser reutilizados. Si se mantiene un nuevo coito hay que utilizar un nuevo preservativo.
13. La asociación de crema u óvulos espermicidas aumenta la eficacia del preservativo.
14. Si se produce rotura o retención del preservativo en la vagina, valorar la utilización de la anticoncepción de urgencia en las siguientes 72 horas.
15. Llevar siempre un preservativo puede ser de utilidad ante una relación sexual imprevista.

La eficacia teórica del preservativo es alta, solo 0,5 a 2% de embarazos por 100 mujeres por año de uso. La eficacia de uso es menor con 8 a 14% de fallos. La tasa de rotura oscila entre el 0,5 al 3%.

Las personas alérgicas al látex pueden utilizar preservativos de tactylon, de poliuretano o de elastómero termoplástico, con precios superiores a los de látex.

PRESERVATIVO FEMENINO

El preservativo femenino es un método barrera de poliuretano que puede controlar la mujer y que si se utiliza de forma adecuada proporciona una protección adicional en la vulva frente a condilomas acuminados y úlceras sifilíticas.

Requiere insertar el anillo flexible dentro de la vagina antes de la penetración. Tiene un mayor coste que el preservativo masculino, mayor tasa de fallos y un peor cumplimiento por desplazamientos durante el coito.

MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales basados en la identificación de los días fértiles (calendario, temperatura basal, moco cervical y sintotérmico) exigen mucha disciplina, no protegen de las infecciones de transmisión sexual y, dado que en la adolescencia es fisiológico que exista una alta frecuencia de ciclos irregulares, la eficacia anticonceptiva es baja. No obstante, la información sobre la fisiología del ciclo femenino sirve como método de autoconocimiento del cuerpo.

Las nuevas técnicas de detección de los días fértiles mediante detección de los niveles de estradiol-3-glucuronido y de hormona luteinizante así como la cristalización de la saliva mejoran la eficacia pero exigen también mucha disciplina, con un elevado coste económico.

COITO INTERRUPTIDO

La retirada del pene de la vagina antes de la eyacuación es un procedimiento muy utilizado por los adolescentes dado que está siempre a su alcance y es barato. Tiene una tasa de fallos elevada y no protege frente a las infecciones de transmisión sexual.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC)

Posee una alta eficacia anticonceptiva (98-99%) si se utiliza de forma adecuada, sin repercusión en la fertilidad futura y ofrece una serie de beneficios no contraceptivos.

1. Regularidad del ciclo menstrual.
2. Disminuye la incidencia de hipermenorreas, anemia ferropénica, dismenorrea, hemorragia uterina disfuncional, síndrome premenstrual, nódulos benignos mamarios.
3. Disminuye la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y de embarazo ectópico.
4. Disminuye los quistes de ovario.
5. Disminuye el riesgo de cáncer epitelial de ovario y de cáncer de endometrio.
6. Mejora el acné y el hirsutismo.
7. Incrementa la densidad mineral ósea.

Anticoncepción hormonal combinada en píldora (AHOC)

Consiste en la toma de un comprimido diario durante 21 días seguidos, con un descanso de 7 días transcurridos los cuáles se reinicia un nuevo ciclo.

Prescripción y controles de los AHC

Prescripción: de forma básica y fundamental se realizará una anamnesis orientada a detectar factores de riesgo (descartar contraindicaciones). En la exploración clínica se medirá la tensión arterial (TA) y el peso. Las exploración genital y mamaria pueden posponerse en jóvenes asintomáticas. Se propondrán actividades de promoción de salud: consejo antitabáquico, hábitos higiénico-sanitarios, sexo seguro, etc.

Debe darse información detallada tanto oral como escrita sobre normas de uso, efectos secundarios, riesgos y beneficios. Se informará sobre el mecanismo de acción de los AHC, la toma correcta, los posibles efectos secundarios que pueden aparecer al inicio de la toma (náuseas, tensión mamaria, pequeños sangrados o manchados) y que desaparecen con la toma continuada. Asimismo, se informará sobre las medidas a adoptar en caso de olvidos, de eventualidades en la toma de los comprimidos y de interacciones farmacológicas.

En la elección del preparado a prescribir hay que considerar que la Agencia Europea del Medicamento recomienda iniciar con un preparado con levonorgestrel dado el menor riesgo de tromboembolismo venoso y que menores dosis de 30 µg de etinilestradiol (EE) pueden producir inicialmente mayores sangrados o manchados intermenstruales.

El primer control se realizará a los 3-6 meses. En el mismo se comprobará la toma correcta y se aclararán dudas, se valorarán los efectos secundarios y se resolverán los problemas imprevistos. Se realizará toma de TA y exploración genital y mamaria si no se realizó previo a la prescripción.

Anualmente se actualizará la anamnesis personal y familiar de factores de riesgo, se medirá la TA y el peso y se valorarán los hábitos sexuales.

Cada 3-5 años se realizará control analítico, palpación abdominal, exploración pélvica.

La citología se realizará cada tres años, aunque existen recomendaciones de realizar una citología anual en adolescentes por el riesgo de exposición a la infección por el papilomavirus humano.

Cumplimiento de AHOC en adolescentes

La tasa de fallos de los AHOC en las adolescentes es muy superior al de otras mujeres, probablemente debido al uso incorrecto del método. También la tasa de abandonos es muy elevada, relacionada con los efectos secundarios iniciales y las eventualidades que con frecuencia ocurren al inicio de la toma de los AHOC. Por este motivo para mejorar el cumplimiento es muy importante considerar en el momento de prescribir un AHOC:

- La eficacia anticonceptiva de los AHOC es muy elevada si se toman de forma adecuada sin omisiones ni olvidos.
- Debe darse una correcta información sobre las eventualidades y efectos secundarios que pueden aparecer al inicio de la toma de los AHOC y que desaparecen con la continuidad de los mismos.
- La información referente a los efectos beneficiosos no contraceptivos que los AHOC les van a proporcionar puede ser un factor adicional.
- La demora en el inicio de un nuevo envase constituye un riesgo elevado de fallos. Las formulaciones con 28 comprimidos (7 de ellos placebo que completan la semana libre de toma) pueden ser útiles para evitar estos fallos.

- Los preparados con dosis inferior a 30 µg de EE presentan mayor frecuencia de sangrado o manchado intermenstrual al inicio de la toma y mayor riesgo de fallo tras el olvido de uno o dos comprimidos, pero tras unos meses de utilización de estos AHOC, la incidencia de sangrado o manchado intermenstrual es igual a formulaciones de 30 µg o más de EE y producen menor incidencia de náuseas, mastalgia e hinchazón que AHOC de mayor dosis.
- El aumento de peso es un efecto secundario muy temido por las adolescentes. Es importante insistir sobre ello y explicar que si se produce un aumento de peso no es por los AHOC.
- La facilidad en la atención a la joven cuando tiene alguna duda o algún problema mejorará el cumplimiento.

Anticoncepción hormonal combinada en anillo vaginal

Se trata de un anillo transparente de 54 mm de diámetro por 4 mm de grosor de un polímero (evatane) que contiene 2,7 mg de EE y 11,7 mg de etonorgestrel (metabolito biológicamente activo del desogestrel) y que libera cada día 15 µg de EE y 120 µg de etonorgestrel que se absorben a través de la mucosa vaginal.

El anillo se coloca en el interior de la vagina el primer día del sangrado menstrual y se retira a los 22 días. Tras un período de 6 días sin anillo en los que aparece la hemorragia por privación, se introduce un nuevo anillo.

La vía vaginal permite evitar el primer paso hepático del fármaco, garantiza un mejor cumplimiento y no está condicionada por procesos gastrointestinales. La eficacia anticonceptiva es similar o superior a los AHOC.

Las indicaciones, contraindicaciones y controles son los mismos que para los AHOC. Requiere manipulación de los genitales y no interfiere en las relaciones coitales.

Anticoncepción hormonal combinada transdérmica

Es un sistema de liberación transdérmica de tipo matriz en forma de parche de 45 mm de lado y menos de 1 mm de grosor. Contiene 0,6 mg de EE y 6 mg de norelgestromina (NGMN) (principal metabolito activo del norgestimato) y libera diariamente 20 µg de EE y 150 µg de NGMN.

El parche se coloca pegado en la piel (salvo en las mamas) el primer día del sangrado menstrual y se cambia una vez por semana durante tres semanas. Tras una semana sin parche en la que aparece la hemorragia por privación se inicia un nuevo ciclo de tres semanas. Su uso es muy sencillo.

La vía transdérmica permite evitar el primer paso hepático del fármaco, garantiza un mejor cumplimiento y no está condicionada por procesos gastrointestinales. La eficacia anticonceptiva es similar o superior a los AHOC.

Las indicaciones, contraindicaciones y controles son las mismas que para los AHOC. La eficacia anticonceptiva en mujeres con peso superior a 90 kg es menor y no se recomienda en mujeres con problemas dermatológicos.

CONTRACCIÓN HORMONAL INYECTABLE (AHI)

El acetato de medroxiprogesterona, con dosis de 150 mg, se inyecta cada tres meses (la primera vez entre el primero al quinto día del ciclo menstrual). Ofrece una elevada eficacia anticonceptiva y puede utilizarse en adolescentes con contraindicación de la AHOC combinada. Sus principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales, inicialmente sangrados irregulares y posteriormente amenorrea. Se señala también como efecto secundario aumento de peso, aunque algunos autores no encuentran variación del peso en usuarias de este método. Su uso en adolescentes se ha asociado a disminución significativa de densidad mineral ósea, aunque los efectos clínicos de esta reducción son desconocidos. Puede producir una prolongada supresión de la ovulación tras su interrupción.

La AHI es una opción para adolescentes con problemas psíquicos, retraso mental o problemas conductuales. No protege frente a las ITS.

CONTRACCIÓN HORMONAL EN IMPLANTES

En España se han comercializado dos implantes anticonceptivos de gestágenos:

- **De una varilla:** implante que libera etonorgestrel, con duración de tres años.
- **De dos varillas:** implantes que liberan levonorgestrel, con duración para cinco años.

Poseen ambos una elevada eficacia anticonceptiva (tasa de fallos de 0 a 1 por 100). Los principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales. Tanto para su inserción como para su extracción requieren una sencilla intervención con anestesia local. Se colocan mediante un aplicador de forma subdérmica en la cara interna del surco bicipital medio del antebrazo no dominante. No protegen de las ITS.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

No se considera un método anticonceptivo de primera elección en la adolescencia por el mayor riesgo potencial de las adolescentes a la enfermedad inflamatoria pélvica (el 20% se dan en este grupo de edad) ya que la relativa inmadurez del sistema inmunitario y la ectopia cervical favorecen las infecciones de transmisión sexual. En una adolescente con pareja estable mutuamente monógama el DIU puede considerarse como opción anticonceptiva, especialmente si no tolera la anticoncepción hormonal.

Posee una elevada eficacia anticonceptiva, es relativamente barato, de fácil cumplimiento y no tiene relación con el coito. Puede producir un incremento del sangrado intermenstrual, aumento de la intensidad y duración de la menstruación y de la dismenorrea. Precisa inserción y extracción por profesionales y no protege de las infecciones de transmisión sexual. En situaciones de riesgo se recomienda utilizar preservativo.

Las contraindicaciones del DIU son: embarazo, malformación uterina, neoplasia del tracto genital, hemorragia genital

no diagnosticada, riesgo de ITS, enfermedad inflamatoria pélvica activa (esperar tres meses sin síntomas), menstruaciones abundantes con signos clínicos de anemia, hiperbilirrubinemia secundaria a enfermedad de Wilson.

Las adolescentes que deseen utilizar el DIU como método anticonceptivo deben ser informadas de la posible ocurrencia de alteraciones menstruales, mayor dismenorrea y riesgo de infecciones de transmisión sexual si no existe una pareja mutuamente monógama. La inserción y controles se harán igual que en cualquier otra mujer. Existe un documento de consentimiento informado.

CONTRACCIÓN DE URGENCIA

Aunque no se considera un método anticonceptivo, su administración antes de 72 horas tras un coito potencialmente fecundante previene el embarazo en el 94 a 98% de los casos, con mayor eficacia si se administra en las primeras doce horas. Existen comercializadas formulaciones cuya indicación es la anticoncepción de urgencia, con uno o dos comprimidos que contienen 0,75 ó 150 mg de levonorgestrel cada uno. Se tomarán dos o un comprimido, respectivamente, antes de las primeras 72 horas del coito potencialmente fecundante. Como efectos secundarios destacan las náuseas, que pueden minimizarse con la ingesta previa de alimentos.

Es importante que los adolescentes conozcan la existencia de la anticoncepción de emergencia para que puedan solicitarla en caso de necesitarla. Dado que la mayor eficacia de la anticoncepción de emergencia se produce si se utiliza en las primeras 12 horas, algunos autores postulan la conveniencia de proporcionar este tratamiento a las adolescentes, señalando que esto no se asocia a un mayor riesgo de relaciones sexuales no protegidas.

DOBLE MÉTODO: ANTICONCEPCIÓN HORMONAL MÁS PRESERVATIVO

La asociación de un método anticonceptivo hormonal (oral, anillo vaginal, parche, implante o inyectable) con el preservativo sería de elección en adolescentes, ya que proporciona una alta eficacia frente al embarazo y a las infecciones de transmisión sexual. Requiere una alta motivación por ambos miembros de la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

- Coll i Capdevilla C, Ramírez Polo IM, Martínez San Andrés F, Ramírez Hidalgo A, Bernabéu Pérez S y Díez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL. Sociedad Española de Contracción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. p. 729-70.
- Conferencia de Consenso: Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Sociedad Española de Contracción. Madrid: Aula Médica; 2000.

- Elford KJ, Spence JHE. The forgotten female: pediatric and adolescent gynecological concerns and their reproductive consequences. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; **15**: 65-77.
- García Cervera J, Pérez Campos E. Anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos y anillos vaginales. En: Pellicer A y Simón C, eds. Cuadernos de medicina reproductiva. Contracepción en el siglo XXI. *Panamericana* 2001; **7** (2): 65-81.
- García Cervera J. Protocolos de Ginecología de la Adolescencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Contracepción en la adolescencia. www.sego.es.
- Lafferty WE, Downey L, Holan CM, Lind A, Kassler W, Tao G et al. Provision of sexual health services to adolescent enrollees in medicaid managed care. *Am J Pub Health* 2002; **92** (11): 1779-83.
- Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL, eds. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. p. 705-28.
- Martínez F, Parera N. Panorama anticonceptivo en 2004. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2004; **21** (1): 41-52
- Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la adolescencia. Castellano G, et als. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergon 2004. p. 124-32.
- Parera Junyent N, Martínez San Andrés F y Surís i Granell JC. Anticoncepción en la adolescencia. En: Pellicer A y Simón C, eds. Cuadernos de medicina reproductiva. Contracepción en el siglo XXI. *Panamericana* 2001; **7** (2): 167-77.
- Parera Junyent N. Sociedad Española de Contracepción. Documento sobre los derechos de los adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2004; **21** (5): 345-6.
- Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font; 2002.