

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENTE

M^a Jesús Ceñal

¿A qué edad se inician las relaciones sexuales

Según la encuesta del Instituto de la Juventud (INJUVE) publicada en 2008 Las diferencias entre mujeres y varones están desapareciendo. La edad media de la primera relación sexual en los varones es de 16,5 años y de las mujeres 17,2 años.

Grupo de 15-17 años	Varones	Mujeres
Edad de inicio		
-12	2,1%	0,0%
13	9,2%	3,5%
14	26,8%	19,5%
15	33,1%	35,9%
16	23,1%	31,9%
17	4,9%	7,1%

Un 43% de los adolescentes de 15 a 17 años no han tenido relaciones sexuales.

¿Qué factores que influyen en la conducta sexual de los adolescentes?

Existen unos factores sociales y unos factores personales estos son diferentes en las distintas etapas de la adolescencia. Algunos de estos factores pueden llevar a los adolescentes a asumir conductas de riesgo en sus relaciones sexuales

Factores sociales son los responsables de que la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales haya descendido, también se especula que el adelanto de la pubertad puede jugar un papel. Algunos factores sociales son: Mayor libertad sexual, tanto la sociedad como la familia son mas tolerantes con las relaciones sexuales
Permisividad en cuanto a horarios y actividades que realizan los adolescentes

Consumo de alcohol

Alta estimulación sexual a través de la publicidad y productos culturales

Considerar las relaciones sexuales como símbolo del paso del niño al adulto

Factores personales, según el grado de maduración la actitud del adolescente será diferente y será progresivamente más capaz de evitar situaciones de riesgo:

Entre los 12-14 años piensan que la actividad sexual no puede tener ninguna consecuencia negativa

Entre los 14-17 años consideran que puede tener alguna consecuencia negativa pero piensan que a ellos no les pasará nada

A partir de los 18 años son conscientes de que pueden tener riesgos

En las primeras fases de la adolescencia esta falta de conciencia de riesgo y de "programación" junto con la influencia del alcohol u otras drogas, puede llevarles a relaciones sexuales no protegidas.

¿Cuáles son los riesgos?

Enfermedades de transmisión sexual

Embarazos no deseados

Primera experiencia traumática que pueda condicionar una vida sexual y afectiva saludable posteriormente

¿Cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual?

La prevención se basa en motivar a los adolescentes para prevenir el contagio utilizando preservativo. Se les debe explicar el riesgo de padecer estas enfermedades y cuáles son sus síntomas, así como la importancia de recibir tratamiento tanto para ellos mismos como para evitar el contagio a otras personas.

Según la encuesta del Instituto de la Juventud (INJUVE) la utilización de los métodos de protección para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual se mantiene estable en los últimos años, aunque se ha objetivado una mejoría entre los jóvenes españoles y siendo menos utilizados entre jóvenes inmigrantes. Así mismo están disminuyendo los casos nuevos de ETS y de SIDA.

En el momento actual existen vacunas para:

La Infección por el virus del del papiloma humano (VPH, o HPV, por sus siglas en inglés). La edad recomendada para la vacunación de mujeres contra el VPH es de 11 a 12 años. Se recomienda la vacuna como medida de precaución para mujeres de 13 a 26 años que no han sido vacunadas anteriormente. La vacunación es una serie de tres dosis de inyecciones intramusculares y sería más eficaz si se aplica antes de una exposición al VPH a través de contacto sexual.

La hepatitis B (HBV). Se recomienda la vacunación contra la hepatitis B a todos los niños desde que nacen, en una serie de tres dosis. Además, se recomienda que reciban la vacuna todos los niños y adolescentes menores de 19 años que no hayan sido vacunados.

Diagnostico de las enfermedades de transmisión sexual

Si sospechamos su existencia el interrogatorio debe ser dirigido ya que los adolescentes pueden no atreverse a consultar a pesar de tener síntomas. En la exploración no se debe olvidar que las lesiones pueden no estar en región genital y buscarlas en otras localizaciones. Las lesiones se pueden clasificar en:

Ulcerovegetantes:

- Úlceras genitales las mas frecuentes son la sífilis y el herpes genital y mucho menos el chancroide, linfogranuloma venereo y granuloma inguinal
- Verrugas genitales o condilomas acuminados son producidos por el Papilomavirus humano del cual los serotipos 16,18, 31 y 33 son oncogénicos. En la actualidad se dispone de vacuna para prevenir la infección, se aconseja en las niñas antes del inicio de la actividad sexual.

Secretantes:

- Uretritis y cistitis los gérmenes productores son N. gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Ureaplasma urealyticum
- Infecciones vaginales producidas por Tricomonas, Candidas y la Vaginosis producidas por el grupo GMM (Gardenella vaginalis, anaerobios, micoplasma y mobilincus)

Un dato importante a transmitir al adolescente es que las infecciones no siempre dan síntomas y deben realizar controles médicos si han tenido relaciones “sospechosas” aunque no sientan nada.

¿Cómo prevenir los embarazos?

Podemos discutir si entre las funciones del Pediatra se incluyen el recetar fármacos anticonceptivos. Sin embargo si puede ser necesario que informe a sus pacientes adolescentes de la necesidad de los mismos para prevenir los embarazos no desados.

Métodos anticonceptivos

Como ya hemos dicho la utilización de los métodos de protección para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual ha aumentado entre los jóvenes españoles siendo menos utilizados por las jóvenes inmigrantes. Esto explica el aumento del porcentaje de embarazos no deseados durante los cuatro últimos años. Mientras que entre las españolas de origen el porcentaje ha descendido levemente hasta el 10%, entre las jóvenes extranjeras se sitúa en más del 23%. También ha aumentado el número de abortos, aunque ha disminuido de forma leve entre las jóvenes españolas de origen. Un factor clave en el aumento del número de abortos se refiere a la mayor proporción de embarazos no deseados.

Los métodos anticonceptivos en las adolescentes deben ser:

Reversibles

Adecuados a su actividad sexual, su frecuencia, y a la posible existencia de cambios de pareja

Ser eficaces

Ser de fácil realización

La decisión de la elección de anticonceptivo debe ser individual en función de las necesidades de cada adolescente. Por lo tanto es necesario que conozcan todos los métodos reversibles de una forma clara. Se debe informar sobre la eficacia, seguridad, facilidad o dificultad de uso, relación con el coito, precio. Conocer las necesidades de la adolescente y de la pareja, frecuencia de las relaciones, riesgo de ETS, implicación de la pareja en las conductas contraceptivas

Los métodos más recomendables para adolescentes son:

- Doble protección (preservativo + anticoncepción hormonal)
- Preservativos
- Contracepción hormonal oral y vaginal

Métodos aceptables son:

- Diafragma
- Espermicidas
- Contracepción hormonal inyectable
- Implante hormonal

De emergencia

- Píldora postcoital

Preservativo

Indicaciones siempre que existe riesgo de transmisión de ETS, cuando las relaciones son esporádicas, cuando se inician relaciones con una nueva pareja, como método anticonceptivo de elección.

Eficacia la tasa de embarazos es de 2 gestaciones por 100 mujeres y año cuando se usa correctamente y puede ser hasta del 12% si el uso es incorrecto. Tasa de rotura 0,5-3%.

Contraindicaciones no existen.

Contraceptivos orales

Se pueden usar desde la menarquia, ya que las dosis administradas son muy bajas y no interfieren con la maduración del eje hipotálamo-hipofisario. Carecen de efectos a largo plazo sobre la fertilidad. No hay indicios de efectos teratogénos.

Indicaciones adolescentes que mantienen relaciones con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ETS, su uso junto con el preservativo aumenta la eficacia.

Eficacia muy elevada si se toma correctamente 0,8 embarazos por 100 mujeres en un año.

Contraindicaciones las mismas que las mujeres adultas, absoluta trombofilia, relativas epilepsia, enfermedad de Crohn y migraña con aura.

Efectos beneficiosos: mejora la dismenorrea, disminuye el sangrado menstrual evita anemias ferropénicas, consigue un ciclo regular, disminuye la patología benigna de la mama, mejora el acné y el hirsutismo.

Efectos no deseables: alteraciones en el peso en un número muy pequeño de pacientes, náuseas y vómitos, cloasma se evita usando fotoprotector, cambios en la libido, depresión, sangrados intermedios debidos a las bajas dosis administradas suelen desaparecer, amenorrea puede afectar a un 2% de las pacientes se debe a atrofia del endometrio es aconsejable realizar un prueba de embarazo, la supresión el tratamiento si es posible durante un ciclo logra la recuperación del endometrio.

Requisitos para la prescripción

Historia clínica personal y familiar haciendo hincapié en los factores de riesgo cardiovascular tanto arterial (infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular) como venoso (tromboembolia) en este caso se desaconsejara su uso y se indicara estudio.

El tabaquismo no constituye una contraindicación en este grupo de edad.
Determinación de TA.

No es necesario realizar exploraciones ginecológicas ni analíticas en adolescentes sanas.

Es importante ofrecer instrucciones pormenorizadas sobre su uso y que hacer en el caso de olvido, aparición de vómitos, diarrea. Se les tiene advertir que puede haber interacciones medicamentosas que disminuyan su efectividad.

Se suspenderá el uso de anovulatorios en caso de: embarazo, flebitis, ictericia, hepatitis o prurito generalizado, aumento de crisis epilépticas, cirugía programada con 4-6 semanas de antelación y si se requiere inmovilización.

Los anovulatorios pueden ser:

Monofásicos baja dosis

Monofásicos extra-baja dosis

Monofásicos de toma continua

Bifásicos

Trifásicos

Los aniconceptivos hormonales se pueden administrar en forma de parches cutáneos, anillos vaginales, implantes o por vía parenteral.

Diafragma

Es un disco de caucho fino, en forma de cúpula con un anillo metálico en el flexible en el borde, se coloca en el fondo de la vagina cubriendo el cervix se usará con crema espermicida

Indicaciones cuando las relaciones son esporádicas, cuando se inician relaciones con una nueva pareja, como método anticonceptivo de elección. Solo da una ligera protección frente ETS,

Eficacia cuando se usa muy correctamente 4-6 embarazos por cada 100 mujeres durante un año, en usuarias normales 13-18%

Ventajas no requiere la colaboración del varón, puede insertarse antes del encuentro sexual.

Desventajas menos eficaz que el preservativo, requiere asistencia sanitaria para su entrenamiento, requiere el uso obligado de espermicida en crema, los

Otros métodos son la utilización de sustancias espermicidas en la vagina, el preservativo femenino, los DIU estos poco aconsejables en las mas jóvenes

Anticoncepción postcoital

La llamada píldora del día siguiente ocupa un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes, ya que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección son muy frecuentes, así como la rotura de preservativos o los fallos con el coito interrumpido.

Indicaciones:

Uso incorrecto de otros métodos

Rotura de preservativo

Olvido de la píldora

Coito no protegido

Violación

No debe usarse como método anticonceptivo habitual

Contraindicaciones no existen contraindicaciones

Eficacia 0,4-1,6 embarazos por 100 mujeres. Actúa alterando el endometrio e impidiendo la implantación, produce espesamiento del moco cervical y menor

movilidad espermática, altera el transporte tubárico del óvulo e inhibe el pico de LH inhibiendo la ovulación.

Pauta

Se puede utilizar hasta las 72 horas tras el coito no protegido. Mayor eficacia en las primeras 24 horas

Comprimidos de 0,75 mg → Dos dosis: Una dosis 0,75 mg de Levonorgestrel, tan pronto sea posible, repetida la misma cantidad a las 12 horas siguientes.

Comprimidos de 1,5 mg → Una dosis: Una dosis única de 1,5 mg de Levonorgestrel, tan pronto como sea posible

Efectos secundarios escasos aunque pueden aparecer náuseas, vómitos y cefaleas. Si se vomita antes de las 2 horas hay que repetir la dosis. La primera menstruación aparecerá a los 7 días y lo más tarde en la fecha esperada. Se puede hacer un test de embarazo pero no es necesario porque no se ha demostrado teratogenicidad.

Tipo de método anticonceptivo	15-19 años	20-24 años
Preservativo o condón	90,5%	81,4%
Píldora anticonceptiva	7,7%	15,9%
DIU, dispositivo intrauterino o sterilet	—	0,6%
Píldora del día siguiente	0,2%	0,1%
Coito interrumpido	0,2%	0,2%
Métodos naturales (Ogino, temperatura, etc)	—	0,0%
Otras respuestas	—	0,1%

1. Antona A, Madrid J, Brugera MC “Educación para la salud aplicada a la educación sexual” En: Medicina de la adolescencia. Atención integral. Ed. Castellano G. Hidalgo MI, Redondo AM. Ergon. 2004 pag 164
2. Centers for Disease Control and Prevention. “Sexually Transmitted Diseases.Treatment Guidelines, 2006” MMWR 2006;55 (No. RR-11)
3. Comas D. Estado de Salud de la Juventud. INJUVE 2008
4. López F “Evolución de la sexualidad en la adolescencia” En: Medicina de la adolescencia. Atención integral. Ed. Castellano G. Hidalgo MI, Redondo AM. Ergon. 2004 pag 454

5. López F. y cols "Desarrollo afectivo y social" Madrid. Pirámide 1999
6. Quintana Pantaleón R "Anticoncepción" En: Medicina de la adolescencia. Atención integral. Ed. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G . Ergon. 2012 pgs 881-90
7. Rubinstein E. "Enfermedades de transmisión sexual. Aspectos clínicos, diagnóstico y tratamiento" En: Medicina de la adolescencia. Atención integral. Ed. Castellano G. Hidalgo MI, Redondo AM. Ergon. 2004 pag 470
8. Weaver MA, Raymond EG, Baecher L. "Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception" Obstet Gynecol. 2009 Jan;113(1):107-16