

Contracepción en la adolescencia

Fecha de recepción: 1 de Septiembre 2013

Fecha de publicación: 30 de octubre 2013

Adolescere 2013; 1 (3): 68-80

Introducción

M.J. Rodríguez Jiménez

Ginecóloga. Coordinadora del Grupo de Trabajo de sexualidad y anticoncepción de la SEMA. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

La adolescencia es una etapa de la vida de la mujer en la que los aspectos ginecológicos adquieren gran relevancia.

Durante este periodo van a acontecer hechos relevantes como son la primera menstruación y, con bastante probabilidad según las estadísticas, el inicio de las relaciones sexuales. Aunque la patología es poco frecuente, son numerosas las consultas por alteraciones del ciclo menstrual o problemas relacionados con la producción de hormonas como el acné o el aumento de vello. En cuanto a las relaciones sexuales, las jóvenes solicitan información sobre métodos anticonceptivos de los que han oído hablar a sus amigas o han conocido por los medios de comunicación.

La atención ginecológica a la adolescente no tiene una entidad propia dentro de la práctica clínica de la especialidad. Pero la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), sensible a las características especiales de la misma, recoge entre sus Protocolos Asistenciales nueve protocolos dedicados tanto a aspectos epidemiológicos como a las patologías y sus diagnósticos y tratamiento en esta edad. Estos protocolos han sido actualizados en 2013, por lo que su interés y vigencia son máximos.

Por lo frecuente que resulta en la consulta de cualquier médico que atienda adolescentes, queremos dar a conocer el referido a la Anticoncepción en la Adolescencia, elaborado por el Dr. Joaquín García Cervera, de Centro de Planificación Familiar Massamagrell (Valencia) y revisado por el Grupo de Ginecología de la Infancia y Adolescencia de la SEGO.

Contracepción en la adolescencia

J. García Cervera

Centro de Planificación Familiar Massamagrell. Valencia

Revisado por el Grupo de Ginecología de la Infancia y Adolescencia de la SEGO.

Actualizado: Febrero 2013

Publicado en la página Web de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) www.prosego.com

1. Epidemiología

La encuesta de salud y hábitos sexuales del año 2003 del Instituto Nacional de Estadística (INE) señala que el 79% de las personas entre 18 a 30 años iniciaron la actividad sexual antes de los 20 años (el 75% de las mujeres y el 83% de los varones). (1)

La tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años ha pasado del 7,89 al 10 por mil mujeres del año 1998 al año 2002. La tasa de abortos en mujeres menores de 20 años se incrementó del 3,93 al 12,71 por mil mujeres del año 1.992 al año 2.010. (1-2)

Diversos estudios refieren que la edad media de inicio de la actividad coital se sitúa entre los 15 a 16 años, con un uso regular de métodos anticonceptivos por el 75% de los jóvenes. Entre el 5,9 al 25% de los adolescentes utilizan el coito interrumpido como método anticonceptivo y el número medio de parejas sexuales en el último año es de 1,8 para las chicas y de 1,6 para los chicos. (3-5)

2. 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. (6-7)

3. 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 la adolescente 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, entorno 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. (6-9)

Un estudio de la Biblioteca Cochrane del año 2011 señala que la combinación de las intervenciones educativas y anticonceptivas parece reducir el embarazo no deseado en adolescentes. (10)

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:

Recomendables/Preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, anillo vaginal y transdérmica), anticoncepción hormonal oral de sólo gestágeno y DIU.

Aceptables: anticoncepción hormonal de depósito (inyectable e implantes), diafragma (asociado a espermicidas).

Poco aceptables: métodos naturales, coito interrumpido, contracepción quirúrgica.

De emergencia: contracepción postcoital. (3-6)

4. Tipos de anticonceptivos

4.1 Preservativo masculino

4.1.1. 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 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. (6,7,11)

Los adolescentes deben conocer que el uso correcto del preservativo reduce en un 80% la incidencia de infección del VIH en hombres y en mujeres. (12) [Nivel de evidencia 3](#) También reduce la incidencia de otras ITS tanto víricas como bacterianas. (13)

Se debe proporcionar asesoramiento en su uso correcto para una adecuada eficacia, no presumiendo que se sepa utilizar. Enfatizar la comprobación de la integridad y la fecha de caducidad y la no utilización en caso de deterioro. Insistir en la colocación siempre antes del coito.

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

Las personas alérgicas al látex pueden utilizar preservativos de tactylon, de poliuretano o de elastómero termoplástico, con precios superiores a los de látex. (7,11,13)

4.1.2. 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. (7,11)

4.2. Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

4.2.1. Anticoncepción hormonal oral combinada (AHOC)

Puede ser un método de elección para adolescentes que mantienen relaciones sexuales frecuentes y no necesitan protección frente a ITS. Posee una alta eficacia anticonceptiva: el índice de Peral (IP) es del 0,3% con el uso perfecto y 8% con el uso típico, aunque en adolescentes puede llegar al 26%. Es un método anticonceptivo reversible, sin impacto negativo en la salud de las adolescentes sanas, sin repercusión en la fertilidad futura y ofrece además una serie de beneficios no contraceptivos. (14-15)

Los AHOC están compuestos de un estrógeno y un gestágeno. El estrógeno es en la mayoría de las formulaciones el etinilestradiol (EE) con dosis más reducidas desde que empezó a utilizarse en los AHOC. En la actualidad las píldoras comercializadas contienen dosis de 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE. Recientemente han aparecido nuevos AHOC con valerato de estradiol o con 17 β estradiol. Existen un gran número de gestágenos utilizados en los AHOC.

El mecanismo de acción principal de los AHOC es la inhibición de la ovulación al suprimir la hormona luteinizante (LH). Esta acción se ve incrementada por el espesamiento del moco cervical, cambios endometriales y una posible alteración de la capacitación espermática.

Beneficios no contraceptivos de los AHOC en adolescentes

1. Regularidad del ciclo menstrual.
2. Disminuye la incidencia del sangrado excesivo, anemia ferropénica, dismenorrea, hemorragia uterina disfuncional, síndrome premenstrual y dolor ovulatorio.
3. Disminuye la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y de embarazo ectópico.
4. Posible protección frente a la enfermedad fibroquística mamaria, la aparición de quistes benignos de ovario y la endometriosis.

5. Disminuye el riesgo de cáncer epitelial de ovario y de cáncer de endometrio. (16-17) [Nivel de evidencia 3](#)
6. Mejora el acné e hirsutismo, especialmente los AHOC cuyo componente gestagénico posea mayor actividad antiandrogénica, siendo el acetato de ciproterona el que presenta esta mayor actividad. (18) [Nivel de evidencia 3](#)
7. Efecto protector sobre la densidad mineral ósea en chicas adolescentes en situación de hipoestronismo. (19) [Nivel de evidencia 3](#) (3, 7, 20)

Contraindicaciones absolutas de los AHOC (Categorías 3-4 OMS)

(Aunque muy pocas adolescentes van a presentar estas circunstancias)

- Puerperio sin lactancia: a partir de 3 semanas.
- Puerperio con lactancia materna: hasta 6 meses.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.
- Hipertensión.
- Historia de trombosis venosa profunda (TEV) y embolia pulmonar (EP) o enfermedad actual.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Cardiopatía isquémica.
- Accidente cerebrovascular (ACV).
- Hiperlipemia severa conocida asociada a presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Valvulopatía cardíaca complicada.
- Migraña con aura.
- Cáncer de mama actual o pasado.
- Diabetes mellitus con vasculopatía asociada (retinopatía, neuropatía).
- Enfermedad de vesícula biliar tratada médicamente.
- Historia de colestasis relacionada con uso previo de AHOC.
- Inmovilización prolongada.
- Hepatopatía activa. (14, 21) [Nivel de evidencia 4](#)

Efectos secundarios de los AHOC

1. Tromboembolismo venoso (TEV): El TEV es poco frecuente en mujeres en edad reproductiva (5 por 100.000 mujeres al año). El riesgo de TEV asociado a uso de AHOC es 2-4 veces mayor que para las no usuarias. El riesgo de TEV en el embarazo es de 60 por 100.000 mujeres al año. El incremento de riesgo de TEV aparece en los primeros meses tras iniciar el AHOC y vuelve a niveles de no usuarios a los tres meses de la discontinuidad de uso y se mantiene hasta su interrupción. El riesgo de TEV se reduce con la duración de uso del AHOC. Este efecto se debe a la trombofilia no diagnosticada. La reducción de dosis de estrógenos en los AHOC se ha mostrado efectiva para reducir el riesgo de TEV. El riesgo relativo de TEV es menor para las formulaciones con levonorgestrel, noretisterona y norgestimato, seguidas por dienogest, gestodeno, acetato de ciproterona, drospirenona y desogestrel, aunque el riesgo relativo es muy pequeño. (21-26) [Nivel de evidencia 3,4](#)

2. Cáncer de mama: el uso de AHOC incrementa ligeramente el riesgo de cáncer de mama con un RR de 1.2. El riesgo está incrementado si se inician los AHO antes de los 20 años. (20,27) [Nivel de evidencia 3](#)
3. Incremento de peso: pese a ser uno de los efectos secundarios más temidos especialmente por las adolescentes, los estudios realizados no encuentran relación entre el uso de los AHOC con el aumento de peso. Hay que considerar que en los primeros años reproductivos se producen un aumento de peso en las chicas similar al de las no usuarias de AHOC. (28) [Nivel de evidencia 3](#)
4. Tensión mamaria y mastodinia. Relacionados con la dosis de estrógeno y que se ha minimizado al reducir las dosis del mismo. Es referido al iniciar la toma del AHOC.
5. Náuseas y vómitos: relacionado con la dosis de estrógenos. La reducción del contenido estrogénico y la toma coincidente con alimentos ha reducido estos efectos.
6. Cambios de humor y depresión. No parece que los AHOC influyan en los mismos.
7. Acné. Referido como efecto secundario, los estudios señalan que los AHOC con desogestrel o levonorgestrel disminuyen el acné. El acetato de ciproterona disminuye de forma más notoria el acné y el hirsutismo.
8. Alteraciones del sangrado. Al inicio de la toma de los AHOC pueden aparecer pequeños sangrados o manchados intermenstruales, con mayor frecuencia con preparados de baja o ultrabaja dosis de etinilestradiol, que suelen desaparecer con la continuidad de la toma. La ausencia de sangrado también se relaciona con el menor contenido estrogénico de los AHOC. (6, 11,14,16,17)

Prescripción y controles de los AHOC

Prescripción: De forma básica y fundamental se realizará una anamnesis orientada a detectar factores de riesgo y antecedentes patológicos (descartar contraindicaciones). En la exploración clínica se medirá la tensión arterial (TA), el peso y el IMC. (21, 26) [Nivel de evidencia 4](#) La exploración genital y mamaria puede posponerse en jóvenes asintomáticas. (29) [Nivel evidencia 3](#). Se propondrán actividades de promoción de salud: consejo antitabáquico, hábitos higiénico-sanitarios, sexo seguro, etc.

Debe darse información detallada y asequible para la adolescente, tanto oral como escrita, sobre las normas de uso, efectos secundarios, riesgos y beneficios. Se informará sobre el mecanismo de acción de los AHOC, 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. Así mismo 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 TEV, aunque la mayoría de los AHOC utilizados en la actualidad son seguros y con dosis igual o menor de 35 µgr de EE, aunque menores dosis de 30 µgr de EE pueden producir inicialmente mayores sangrados o manchados intermenstruales. (26) [\(Nivel de evidencia 3,4\)](#)

El inicio de la toma del AHOC se hará el primer día de la menstruación. Se plantea la posibilidad de iniciación inmediata en el momento de la consulta ("immediate timing" o "starting day") de los AHOC con protección los primeros 7 días para mejorar la efectividad, la continuación y la aceptabilidad de los mismos pero no se ha evidenciado que esta forma de inicio cumpla los objetivos esperados. (30)

Controles: 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. (26)

Se recomendaba realizar anualmente una actualización de la anamnesis personal y familiar de factores de riesgo con medición de TA y peso y valoración de hábitos sexuales y cada 3-5 años realización de control analítico, palpación abdominal, exploración pélvica. (7,13,20,21,31) [Nivel de evidencia 4](#). En la actualidad se señala que las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos hormonales no necesitan un control específico. (26) [Nivel de evidencia 4](#)

Es muy recomendable insistir en que los AHOC no protegen de las ITS y en la conveniencia del uso del condón, especialmente cuando no se tiene una pareja estable.

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 (21 activos y 7 placebos ó 24 activos y 4 placebos) están diseñados para mejorar el cumplimiento y evitar los posibles fallos que se pueden producir al iniciar un nuevo envase.
- Los preparados con dosis inferior a 30 µgr 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 µgr 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. (7,13,20,21,31)

4.2.2. 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 mgr de EE y 11,7 mgr de etonorgestrel (metabolito biológicamente activo del desogestrel) y que libera cada día 15 µgr de EE y 120 µgr 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 periodo 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 las mismas que para los AHOC. Requiere manipulación de los genitales y no interfiere en las relaciones coitales. (7, 31, 33, 34)

4.2.3. 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 µgr de EE y 150 µgr de NGMN.

El parche se coloca pegado en cualquier parte del cuerpo 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 Kgr es menor y no se recomienda en mujeres con problemas dermatológicos. (7, 31, 33)

En una revisión del año 2007 que compara el parche anticonceptivo, el anillo y la píldora señala una eficacia anticonceptiva similar entre el parche y la píldora y un mejor cumplimiento autoinformado para el parche en relación con la píldora sin encontrar estudios que comparen el anillo. (35)

4.3. Contracepción hormonal de solo gestágeno

4.3.1. Contracepción hormonal oral de solo gestágeno (minipíldora)

Se trata de un anticonceptivo hormonal oral con 75 µgr de Desogestrel, gestágeno muy selectivo y con débil actividad androgénica, que inhibe la ovulación, espesa el moco cervical, adelgaza y atrofia el endometrio y retarda la motilidad tubárica. Presenta una eficacia similar a la de los AHOC y es útil en mujeres que tienen contraindicaciones para utilizar anticonceptivos hormonales que contienen estrógeno. El principal inconveniente es el inadecuado control de ciclo, con sangrados prolongados o amenorrea, siendo esta la principal causa de la menor aceptación y de su abandono.

Se inicia el primer día de la menstruación y se toma diariamente sin interrupciones. Si se inicia más tarde debe utilizarse otro método anticonceptivo adicional al menos en los primeros 7 días.

No proporciona los otros efectos beneficiosos señalados para los AHOC y no existe evidencia de algún efecto beneficioso añadido al anticonceptivo.

Las contraindicaciones (categoría 3 de la OMS) son: lactancia materna en las 6 primeras semanas tras el parto, TEV actual, migraña con aura, cáncer de mama, hepatitis viral activa y tumor hepático (benigno o maligno).

Para su prescripción se puede aplicar lo referido a los AHOC. Es muy importante matizar la alteración del patrón de sangrado. (14, 20, 26)

4.3.2. Contracepción hormonal inyectable de solo gestágeno(AHI)

AHI de gestágeno: acetato de medroxiprogesterona con dosis de 150 mg que se inyecta cada tres meses (la primera vez entre el primer al quinto día del ciclo menstrual). Ofrece una elevada eficacia anticonceptiva (IP con uso perfecto 0,3% y con uso típico 3%) 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 y se ha observado que a los 2 años de abandonar su uso, la densidad mineral ósea vuelve a su situación. Puede producir una prolongada supresión de la ovulación tras su interrupción con la consiguiente demora de la fertilidad. (14,19, 34) [Nivel de evidencia 4](#)

La iniciación inmediata de AHI se ha señalado como eficaz en la prevención de embarazos así como en la satisfacción con este método anticonceptivo. (30)

A las contraindicaciones referidas para la minipíldora de gestágeno hay que añadir: múltiples factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, HTA no controlada y cifras iguales o mayores de 160/100, cardiopatía isquémica, ACV, sangrado vaginal de etiología desconocida y diabetes con vasculopatía. (14)

Proporciona efectos beneficiosos añadidos: reducción del sangrado excesivo y disminución del cáncer de endometrio, de la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia y prevención de los episodios de migraña. (26) [Nivel de evidencia 3 y 4](#)

La AHI es una opción para adolescentes con problemas psíquicos, retraso mental o problemas conductuales. No protege frente a las ITS. (3, 7, 31, 34)

4.3.3. Contracepción hormonal en implantes

Existe comercializado en la actualidad un implante anticonceptivo radioopaco que contiene 68 mg de etonorgestrel y que libera una dosis inicial entre 60 a 70 µgr diaria y al final del tercer año de 25 a 30 µgr de dicho gestágeno, dosis suficiente para proporcionar un efecto anticonceptivo durante tres años.

Posee una elevada eficacia anticonceptiva (tasa de fallos de 0,05%). Los principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales. Tanto para su inserción como para su extracción requieren una sencilla intervención. Se colocan mediante un aplicador de forma subdérmica en la cara interna del surco bicipital medio del antebrazo no dominante. Se inserta entre el primer al quinto día del ciclo y ya desde ese momento proporciona una elevada eficacia anticonceptiva. No protegen de las ITS.

El asesoramiento en relación a la modificación del patrón del sangrado es un elemento fundamental para la continuidad de su uso. (14, 33, 34)

4.3.4. Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel (LNG)

Se trata de un dispositivo que se introduce dentro del útero y que contiene 52 mgr de LNG. Proporciona una elevada eficacia anticonceptiva (IP del 0,1%) y además proporciona otros efectos beneficiosos no contraceptivos: reducción del sangrado menstrual abundante, mejora la dismenorrea en mujeres con endometriosis y reduce el tamaño de los miomas. (14, 26)

4.4. 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 favorece las ITS. En una adolescente con pareja estable mutuamente monógama el DIU puede considerarse como opción anticonceptiva, especialmente si no tolera la anticoncepción hormonal. Algunas publicaciones señalan que el DIU es un método a considerar como preferente en las adolescentes.

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 ITS. 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, mayor riesgo de ITS si no existe una pareja mutuamente monógama y mayor riesgo de expulsión. La inserción y controles se harán igual que en cualquier otra mujer. Existe un documento de consentimiento informado. (3, 7, 11, 13, 14, 31, 36, 37)

4.5. 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 ITS 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-glucoronido y de hormona luteinizante así como la cristalización de la saliva mejoran la eficacia pero exige también mucha disciplina, con un elevado coste económico. (3, 7, 11)

4.6. Coito interrumpido

La retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación 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 ITS. (3, 7, 11, 31)

4.7. *Métodos quirúrgicos*

Los métodos anticonceptivos definitivos: oclusión tubárica y bloqueo tubárico en el caso de las mujeres y vasectomía en los varones, sólo están indicados en adolescentes con deficiencia física o psíquica grave o enfermedad que contraindique el embarazo. En deficiencias psíquicas requiere autorización judicial. (3, 7)

4.8. *Contracepción de urgencia*

Ante la posibilidad de embarazo tras una relación coital desprotegida cabe la posibilidad de evitar la ocurrencia del mismo mediante la ingesta de un tratamiento hormonal o la inserción de un DIU.

Es importante que las adolescentes conozcan la existencia de la anticoncepción de urgencia para que puedan solicitarla en caso de necesitarla. (3, 7, 8, 31, 33, 34, 38, 39)

4.8.1. *Hormonal*

Levonorgestrel: La dosis de 1,5 mgrs administrada 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. No presenta contraindicaciones (Categoría 1 de la OMS) y no existen riesgos importantes para la salud de la mujer. Como efectos secundarios destacan las náuseas, que pueden minimizarse con la ingesta previa de alimentos, dismenorrea o dolor abdominal. En la actualidad no requiere receta médica para ser dispensado. (14, 38) [Nivel de evidencia 3- 4.](#) (40)

Acetato de Ulipristal (AUP): Es un modulador selectivo de los receptores de progesterona. Un comprimido de 30 mg administrado antes de las 120 horas tras un coito desprotegido como anticoncepción de urgencia presenta una alta eficacia en la prevención de un embarazo. Se describen como efectos secundarios cefalea, náuseas, dismenorrea. La FSRH (2011) realiza una serie de recomendaciones respecto a las interacciones de este fármaco con otros. Necesita receta médica. (41)

En las primeras 96 horas la eficacia anticonceptiva es un poco mayor para el Ulipristal pero sin diferencias significativas. No existen evidencias respecto al LNG hasta las 120 horas. (40, 41)

4.9. *Doble protección: anticoncepción hormonal o DIU más preservativo.*

La asociación de un método anticonceptivo hormonal (oral, anillo vaginal, parche, implante o inyectable) o DIU con el preservativo sería de elección en adolescentes, ya que proporciona una alta eficacia frente al embarazo y a las ITS. Requiere una alta motivación por ambos miembros de la pareja. (3, 13, 31)

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de salud y hábitos y hábitos sexuales 2003. Indicadores Demográficos Básicos. Salud. <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>
2. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2010. En: www.msc.es/profesionales/saludPublica/.../embarazo/.../IVE_2010.pdf.
3. Escudero Fernández M, Guadalix López FJ, Coronado Martín PJ et als. Ginecología de la adolescencia. Documentos de Consenso SEGO. Madrid 2000. 91- 137
4. Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2002.
5. Margarita Delgado. Las pautas anticonceptivas de las españolas a fines del siglo XX. Aula Médica. Madrid 2001.
6. 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. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. 705-728.
7. Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la adolescencia. Castellano G et als. Medicina de la adolescencia. Ergon 2004. 124-132.
8. Álvarez D, Arribas L, Cabero L et als. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Pulso Ediciones 2002.
9. 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.
10. Chioma Oringanje, Martin M Meremikwu, Hokehe Eko, Ekpereonne Esu, Anne Meremikwu, John E Ehiri. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
11. Coll i Capdevilla C, Ramírez Polo IM, Martínez San Andrés F, Ramírez Hidalgo A, Bernabeu 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 Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. 729-770.
12. Weller S, Davis AR. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. The Cochrane Library, Issue 1, 2003 1, CD003255, 2002. <http://update-software.com>
13. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive choices for young people. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2004; 30 (4): 237-251
14. Criterios medicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. 4ª Edición. Ginebra 2009.
15. Burke AE, Blumenthal PD. Successful use of hormonal contraceptives. Semin Reprod Med 2001; 19: 313-21
16. The World Health Organization (WHO) Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraception. Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of epithelial ovarian cancer. Int J Cancer 1991; 49: 191-195.
17. Jick SS, Walker AM, Jick H. Oral contraceptives and endometrial cancer. Obstet Gynecol 1993; 82: 931-935
18. Rosen MP, Breitkopf DM, Nagamani M. A randomized controlled trial of second- versus third- generation oral contraceptives in the treatment of acne vulgaris. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1158-1160.
19. Cromer BA, McArdle Blair J, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. J Pediatr 1996; 129: 671-676
20. Sánchez Borrego R y Martínez Pérez O. Guía práctica en anticoncepción oral basada en la evidencia. Emsa. Madrid 2003.
21. Conferencia de Consenso: Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Sociedad Española de Contracepción. Aula Médica. Madrid 2000.
22. World Health Organization (WHO). Effect of different progestogens in low oestrogen containing oral contraceptives on venous thromboembolism. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraceptive. Lancet 1995; 346: 1575-1582.
23. Committee on Safety of Medicines (CSM). Combined oral contraceptives containing desogestrel or gestodene and the risk of venous thromboembolism. Current Problems in Pharmacovigilance 1999; 25: 1-2
24. Lidgaard O, Nilesen LH, Skovlund CW, Skjeldstad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. BMJ 2011; 343-423
25. RCOG 40 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception (Green-Top 40). July 2010.
26. SEC. Conferencia de Consenso sobre actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de emergencia. Madrid 2011. www.sec.es
27. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996; 347: 1713-1727.

28. Lloyd T, Lin HM, Matthews AE, et al. Oral contraceptive use by teenage women does not affect body composition. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 235-239
29. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Cates W Jr, Stewart GK, Guest F et al. *Contraceptive technology*. 17th rev. Ed. New Cork: Ardent Media, 1998.
30. Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. *Iniciación inmediata de los anticonceptivos hormonales para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2
31. Parera Junyent N, Martínez San Andrés F y Surís i Granell JC. *Anticoncepción en la adolescencia*. En Pellicer A y Simón C. *Cuadernos de medicina reproductiva. Contracepción en el siglo XXI*. Panamericana 2001. 7 (2): 167-177.
32. ACOG Comité Opinión No. 300. *Cervical Cancer Screening in Adolescents*. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 104 (4): 885-890.
33. Martínez F, Parera N. *Panorama anticonceptivo en 2004*. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2004; 21 (1): 41-52
34. García Cervera J y Pérez Campos E. *Anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos y anillos vaginales*. En Pellicer A y Simón C. *Cuadernos de medicina reproductiva. Contracepción en el siglo XXI*. Panamericana 2001. 7 (2): 65-81.
35. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. *Parche transdérmico y anillo vaginal versus anticonceptivos orales combinados para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents*. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1493-5.
37. Deans EI, Grimes DA. *Intrauterine devices for adolescents: a systematic review*. *Contraception*. 2009;79(6):418-23.
38. Davis V, Dunn S. *Emergency Postcoital Contraception*. *Journal SOGC* 2000; 92: 1-5
39. Gold M, Wolford J, Smith K, Parker A. *The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviours*. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 87-96
40. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, Sogor L, Blithe DL, Scherrer B, Mathe H, Jaspert A, Ulmann A, Gainer E. *Ulipristalacetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis*. *Lancet*. 2010;375(9714):555-62.
41. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Frezieres R, Thomas M, Rosenberg M, Higgins J. *Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial*. *Obstet Gynecol*. 2006;108(5):1089-97.