

Anticoncepción

R. Quintana Pantaleón. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria

Resumen

Desde los 13 años los adolescentes pueden legalmente mantener relaciones sexuales y adoptar medidas contraceptivas sin necesitar el consentimiento de padres o tutores. Pueden, por tanto, acudir solos a nuestras consultas y solicitar un método anticonceptivo. Para ayudarles a decidir cual es el método que mejor se ajusta a sus necesidades y preferencias, se desarrolla un proceso asistencial denominado Consejo Contraceptivo. Los métodos que recomendaremos en la adolescencia son el preservativo, la anticoncepción hormonal combinada (píldora, parche y anillo), la anticoncepción con solo progestágenos (píldora, inyección trimestral e implante) y el uso de la doble protección (preservativo, anticoncepción hormonal) para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. La píldora postcoital ocupa también un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes.

Palabras clave: *Anticoncepción en menores de edad, Consejo Contraceptivo, Doble protección, Preservativo, Anticoncepción hormonal, Píldora postcoital.*

Abstract

Since age 13 years-old, teens can legally have sex and take contraceptive measures without requiring the consent of parents or guardians. They can therefore attend our office by themselves and request a contraceptive method.

To help them decide which method best fits their needs and preferences, a welfare process called Contraceptive Counseling takes places. The methods recommended in adolescence are condoms, combined hormonal contraception (pill, patch and ring), progestogen-only contraception (pill, trimestral injection and implant) and the use of dual protection (condoms, hormonal contraception) to reduce the risk of sexually transmitted infections. The postcoital pill also occupies an important place in adolescent contraception.

Keywords: *underage contraception, Contraceptive Counseling, Double protection, Condom, hormonal contraception, postcoital pill.*

Es tarea de toda la sociedad contribuir a que los adolescentes se conviertan en adultos maduros y capaces de vivir plena y responsablemente. Proporcionarles educación sexual forma parte de ese esfuerzo ya que les ayuda a sentirse cómodos con su propia sexualidad, les transmite valores de respeto y sensibilidad antes las necesidades de las otras personas, les hace conscientes de los riesgos de la actividad sexual sin protección y les capacita para adoptar un comportamiento sexual responsable.

Hoy, el embarazo continúa siendo el principal riesgo en la trayectoria vital de las jóvenes, a pesar de que los adolescentes actuales utilizan los métodos anticonceptivos en mayor medida que las generaciones precedentes y de que se está incrementando el recurso a la interrupción voluntaria de embarazo en el grupo de edad de 15-19 años, que, solo hace unos años, enfrentaba esta situación con un matrimonio precoz. Las infecciones de transmisión sexual continúan sin ser vistas por los adolescentes como un riesgo, de forma que lo que les mueve a utilizar de forma muy generalizada preservativos, es el evitar un embarazo y no la prevención de infecciones¹.

Anticoncepción en menores de edad

Desde los 13 años, edad legal del consentimiento sexual en nuestro país, un adolescente puede necesitar adoptar medidas contraceptivas y acudir a los servicios sanitarios en demanda de consejo contraceptivo y de la prescripción de un método anticonceptivo. En estos casos, muchos profesionales albergan dudas acerca de la obligación de confidencialidad y sobre la necesidad del consentimiento paterno. Sin embargo, en virtud de los derechos de la personalidad reconocidos al menor (derecho a la vida, la integridad física y moral, el honor, la intimidad, la sexualidad y la opinión), la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente establece la mayoría de edad médica en los 16 años y además, reconoce a los menores de 16 años "maduros" el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido y eficaz. La ley de autonomía establece también que corresponde al facultativo la valoración de la madurez del menor. Indudablemente acudir a nuestras consultas solicitando un método anticonceptivo supone una conducta sexual responsable e implica madurez. Resulta conveniente hacer constar en la historia clínica que se ha comprobado la madurez del menor, que el método adoptado es elegible médicamente y que se le ha aconsejado que informe a sus padres o tutores de que está utilizando un anticonceptivo o anticoncepción postcoital².

Consejo contraceptivo

La elección de un método anticonceptivo requiere de un cuidadoso consejo contraceptivo. Es necesario que los adolescentes conozcan todos los métodos reversibles³ para poder elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad. Para ello se desarrolla un proceso asistencial denominado Consejo Contraceptivo que pretende:

- Conocer las necesidades anticonceptivas de la chica o pareja.
- Identificar valores, creencias y características personales de la adolescente y su pareja que deban ser tomadas en cuenta para elegir el método más adecuado.
- Valorar el estado de salud para descartar posibles condiciones médicas que afecten a la elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. La guía "Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos" de la OMS proporciona una orientación clara y

actualizada sobre las situaciones de salud que pueden desaconsejar el uso de un determinado método⁴.

- Dar a conocer los métodos anticonceptivos, informando sobre su eficacia, forma de uso, relación con el coito, precio, etc.
- Recomendar la doble protección.
- Ayudar a tomar decisiones informadas.
- Proporcionar información sobre el correcto uso del método elegido, el manejo de eventualidades (rotura, olvidos, vómitos, uso de otros fármacos) y los efectos secundarios posibles. La guía "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" de la OMS ofrece asesoramiento basado en la evidencia científica sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz⁵.
- Proponer un seguimiento ya que la elección de un método contraceptivo debe seguirse de una adecuada supervisión y de la posibilidad de acceder a la consulta si se produce cualquier problema o surge alguna duda.

Doble protección

Las relaciones sexuales coitales exponen al riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre las que se incluyen la infección por papilomavirus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix, y la infección por VIH. Sin embargo, pocos adolescentes consideran que sea necesario prevenir las ITS. Siguen relacionándolas con la drogadicción, la homosexualidad y la prostitución y contribuye a su no percepción de este riesgo el que suelen elegir a sus parejas entre su grupo de amigos y conocidos lo que les infunde una falsa seguridad. Es por ello importante informar sobre las ITS y recomendar la doble protección, es decir el uso del preservativo para prevenir infecciones y para que los chicos se responsabilicen del control de su fertilidad y de otro método, generalmente hormonal, para aumentar la eficacia anticonceptiva².

Preservativo⁶

Está especialmente indicado si las relaciones son esporádicas o imprevistas y para evitar ITS.

La tasa de embarazo en usuarios perfectos es de 2 gestaciones por 100 mujeres que lo utilicen durante un año, pero puede ser de hasta un 12% si el uso es incorrecto o inconstante.

Por fácil e intuitiva que parezca su utilización, es importante dar las siguientes instrucciones para procurar un uso correcto:

- Compararlos en establecimientos garantizados y guardarlos en un lugar fresco y seco (no en el bolsillo del pantalón, en la guantera del coche o en la moto).
- Comprobar la fecha de caducidad y su integridad antes de usarlos.
- Abrir el envoltorio cuidadosamente, sin utilizar ningún instrumento cortante.
- Colocar el preservativo desde el inicio de la erección, colocando el pequeño anillo en el que está enroscado hacia el exterior y pinzando el extremo del condón antes de desenrollarlo sobre el pene para que quede un pequeño espacio libre de aire.

- Poner el preservativo antes del contacto íntimo ya que las secreciones preeyaculatorias contienen espermatozoides y tanto estas secreciones como las vaginales pueden contener microorganismos causantes de ITS.
- Usar lubricantes si se practica sexo anal.
- No usar como lubricante vaselina, aceite mineral, aceite vegetal o cremas para niños, porque dañan el preservativo, pudiendo diseminarse el VIH a través de las paredes del 50% de los preservativos en 3 minutos. Se deben utilizar solo geles hidrosolubles.
- Después de la eyaculación, retirar cuidadosamente el pene mientras está erecto, sosteniendo el borde superior del preservativo para evitar la salida del esperma o que el preservativo se pierda en la vagina.
- Cerrar el preservativo con un nudo y comprobar siempre su integridad.
- Evitar que el pene tras la retirada del preservativo toque el área genital.
- Usar un nuevo preservativo en cada coito.
- No poner un preservativo sobre otro para obtener una mayor seguridad, ya que el roce que se produce conlleva un mayor riesgo de rotura.

La tasa de rotura de los preservativos oscila entre 0,5 - 3%. Siempre hay que advertir de esta posibilidad y recomendar cambiar el preservativo si la rotura se produce antes de la eyaculación y el uso de la píldora postcoital si se produce después de la eyaculación. Dada la frecuencia de rotura es conveniente proporcionar una dosis de anticoncepción postcoital a todos los usuarios ya que se ha comprobado que disponer de este método no aumenta las conductas sexuales de riesgo y sí la probabilidad de que se utilice si es necesario, disminuyendo el número de embarazos no deseados.

Anticoncepción Hormonal Combinada (AHC)

Asocia un estrógeno generalmente etinilestradiol, a un progestágeno que varía según los diferentes preparados comercializados. Disponemos de tres formulaciones: píldoras, anillo vaginal y parche transdérmico.

Por su alta eficacia anticonceptiva es una buena elección para adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Puede indicarse desde la menarquía ya que no interfiere con el proceso de maduración del eje hipotalámico-hipofisiario. Para evitar un efecto negativo sobre la masa ósea de las adolescentes se recomienda utilizar una dosis de 30 microgramos de etinilestradiol.

Su eficacia teórica es elevada, con una tasa de 0,8 embarazos por 100 mujeres año. La eficacia real o efectividad es de alrededor de 8 embarazos, por los frecuentes olvidos. La protección anticonceptiva se mantiene también durante los días libres de hormonas en cada ciclo.

Para prescribir tanto la píldora como el anillo o el parche deberemos realizar una historia clínica para descartar las siguientes situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y contra-indican el uso de AHC⁴:

- Trombofilia hereditaria
- Enfermedad tromboembólica venosa
- Anticuerpos antifosfolípidicos

- Cirugía mayor e inmovilización prolongada
- Migrañas con aura
- Hepatitis aguda
- Tumores hepáticos benignos
- Uso de anticonvulsivos: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, oxcarbazepina y lamotrigina en monoterapia. Los tratamientos que combinan lamotrigina con otros anti-epilépticos no inductores enzimáticos no interactúan con los AHC.
- Tratamiento con rifampicina y rifabutina
- Uso de Hierba de San Juan.
- Primeras 3 semanas postparto (pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto) y durante los 6 primeros meses de lactancia materna.

Además de la historia clínica es conveniente determinar la tensión arterial y el peso. Pero, en adolescentes sin factores de riesgo, sanas y sin quejas ginecológicas no está indicado realizar exploraciones pélvicas ni siquiera analítica sanguínea. Estos requisitos innecesarios disuaden a muchas de solicitar anticoncepción hormonal⁷.

La AHC ofrece la posibilidad de tratar problemas muy frecuentes a estas edades, ya que alivia la dismenorrea, disminuye el sangrado menstrual evitando anemias ferropénicas y mejora el acné y el hirsutismo.

Los efectos no deseables afectan a un pequeño número de adolescentes. Los cambios en el peso preocupan a las adolescentes, pero en grandes series la proporción de mujeres que perdieron o ganaron peso fue semejante. Si en los primeros ciclos con la píldora aparecen náuseas, se recomendará la toma al acostarse. Ante la aparición de cloasma conviene recomendar el uso diario de un fotoprotector. Los sangrados fuera del periodo de descanso suelen desaparecer espontáneamente en el transcurso de los primeros ciclos. La amenorrea es infrecuente y generalmente es secundaria a la atrofia del endometrio por la deficiencia de estrógeno, pero resulta prudente hacer una prueba de embarazo.

Es conveniente una cita de seguimiento a los 3-6 meses para comprobar que el método elegido se está usando adecuadamente y valorar posibles efectos secundarios. Se recomendará una consulta telefónica ante cualquier duda o problema y siempre antes de suspender el método. Los siguientes controles se fijarán según las necesidades. Se recomienda la toma de tensión arterial con cierta periodicidad (1-2 años).

Píldora combinada. Ovoplex 30/150

Las píldoras disponibles son muchas, pero la combinación de elección en la adolescencia es la que contiene 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel (OVOPLEX 30/150, incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, SNS)⁸.

El acné o hirsutismo pueden no mejorar con este preparado ya que el levonorgestrel tiene un cierto efecto androgénico. En estas situaciones, pueden utilizarse preparados con 30 mcg de etinilestradiol y 3 mg de drospirenona que presentan un efecto antiandrogénico y antiminerocorticoide. Un preparado de uso muy extendido cuando la mujer presenta manifestaciones de androgenización tales como acné, hirsutismo o alopecia, es el que contiene 35 mcg de etinilestradiol y 2 mg de acetato de ciproterona (incluido en la prestación farmacéutica del SNS). No debe utilizarse durante periodos largos de tiempo, por ello se recomienda suspenderlo 3

meses después de obtenida mejoría clínica y continuar con otro preparado contraceptivo con drospirenona.

La AHC puede iniciarse en cualquier momento del ciclo. Idealmente se comenzará tomando la primera píldora el primer día de sangrado menstrual, ya que de esta forma se consigue la máxima eficacia en el primer ciclo, pero también puede iniciarse hasta el quinto día del ciclo sin necesitar ninguna protección adicional. A continuación, se tomará una píldora diaria durante 21 días consecutivos, seguido de una pausa sin tratamiento de siete días. En este intervalo se producirá una hemorragia de privación, que tenderá a ser de menor cuantía que las reglas habituales de la adolescente. Los preparados con drospirenona y acetato de ciproterona disponen también de una presentación mensual con 28 comprimidos, en la que los 7 últimos son placebo. Algunas adolescentes pueden preferir esta presentación para evitar olvidos.

Anillo vaginal. Nuvaring

Algunas adolescentes y jóvenes encuentran este sistema más fácil y conveniente que la toma diaria de píldoras, aunque resulta mucho más caro ya que no está financiado por el SNS. Los síntomas relacionados con el propio anillo, sensación de cuerpo extraño, sentirlo durante el coito, leucorrea, mal olor vaginal y expulsión, aparecen con cierta frecuencia y pueden motivar el abandono del método⁹.

Para iniciar su uso, el anillo se coloca entre el día 1 y 5 del sangrado menstrual, comprimiéndolo entre los dedos e introduciéndolo en la vagina completamente. No es necesario conseguir una posición determinada del anillo en la vagina. Una vez colocado no debe advertirse su presencia. Se mantendrá colocado durante tres semanas, y se retira traccionando con el dedo índice de su parte más accesible, al finalizar ese periodo de tiempo, el mismo día de la semana en que fue insertado. Tras una semana sin anillo, durante la que aparece un sangrado por privación, se colocará otro el mismo día de la semana en que se colocó el anterior. Durante los primeros siete días del primer ciclo debe utilizarse alguna precaución anticonceptiva adicional.

Antes de recolocar el anillo tras una extracción deliberada o espontánea se recomienda lavarlo con agua fría o tibia (no caliente). Si tarda en recolocarse más de 3 horas su eficacia puede reducirse y debe utilizarse un método anticonceptivo adicional durante los 7 días siguientes.

Parche anticonceptivo. Evra

La aceptabilidad de este método en adolescentes no es alta. Puede producir reacciones cutáneas leves en el lugar de aplicación que disminuyen con el tiempo y durante los primeros meses, sangrados y tensión mamaria con mayor frecuencia que los preparados orales. El sangrado de privación es más prolongado que con la píldora¹⁰.

El primer parche se aplica el primer día de la regla y a continuación uno cada semana durante tres semanas, seguidas de un intervalo libre de 7 días durante el que se producirá la hemorragia de privación. Los parches sucesivos se colocarán en diferentes localizaciones (espalda, abdomen, brazos, parte alta del tórax), evitando las mamas porque la alta concentración local de estrógeno puede ocasionar tensión mamaria. Si se comienza su uso en otro momento del ciclo, se recomendará utilizar un método adicional durante 7 días.

Anticoncepción hormonal con sólo progestágenos (ASG)

Los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos¹¹ son de elección para adolescentes que no requieren protección frente a ITS y que presentan alguna contraindicación a la AHC, o para aquellas que presentan algunos efectos adversos con ella, como náuseas, retención de líquidos, cefalea, cambios de humor, depresión o disminución de la libido.

Disponemos de ASG en forma de píldora diaria, inyectables trimestrales e implantes. Estas dos formulaciones resultan particularmente útiles cuando hay dificultades de cumplimiento.

Estos anticonceptivos se utilizan de forma continuada y, por tanto, no inducen una hemorragia de privación similar al sangrado menstrual, como hace la AHC. Producen, por el contrario, un patrón impredecible de sangrado: desde sangrado regular, sangrado frecuente, sangrado prolongado, sangrado infrecuente a amenorrea. Estas alteraciones del patrón menstrual, aunque directamente relacionadas con el efecto de los progestágenos sobre el endometrio, constituyen el motivo más frecuente de rechazo o abandono de estos métodos. Es por ello muy importante advertir a la adolescente de estas alteraciones y explicar con claridad que no suponen ningún problema para la salud y que, la amenorrea puede constituir una ventaja si existe sangrado menstrual excesivo o dismenorrea.

Píldora con solo gestágeno. Cerazet

Está incluida en la prestación farmacéutica del SNS.

No es un método elegible si la adolescente presenta un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una enfermedad tromboembólica venosa aguda, se encuentra en las primeras 6 semanas de lactancia o sigue tratamiento con ritonavir, carbamacepina, fenitoina, primidona, barbitúricos, topiramato y oxcarbacepina. Es elegible aunque la adolescente presente migraña con aura, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia genética, historia personal de enfermedad tromboembólica o epilepsia. No presenta interacción con lamotrigina y no disminuye la densidad mineral ósea⁴.

Se inicia el tratamiento el primer día de la regla. Si se comienza entre el segundo y quinto día del ciclo se tomarán precauciones anticonceptivas adicionales durante 7 días. Las píldoras se presentan en envases de 28, se toman diariamente a la misma hora y de forma ininterrumpida (al terminar un envase se inicia otro sin intercalar ningún periodo de descanso).

Inyección intramuscular Depo-Progevera 150

Está incluida en la prestación farmacéutica del SNS.

Es elegible médicamente en las mismas situaciones: migraña con aura, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia genética, historia personal de enfermedad tromboembólica, lactancia (a partir de las 6 semanas), epilepsia (contribuye a disminuir las crisis convulsivas), y además no presenta interacción medicamentosa con el uso de anticonvulsivos inductores enzimáticos, lamotrigina o rifampicina⁴.

Al reducir los niveles de estrógenos, reduce la densidad mineral ósea. Se desconoce si esta pérdida impide a las adolescentes alcanzar su potencial pico de masa ósea. Se considera que desde la menarquía a los 18 años es más conveniente usar otro tipo de anticoncepción. A partir de los 18 años no hay restricciones en el uso.

La ampolla de Depo Progevera debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada y se administra mediante inyección intramuscular profunda, preferentemente en el glúteo mayor o en el deltoides, en los cinco primeros días que siguen a una regla. Se repite la dosis cada 12 semanas. La OMS reconoce un "Periodo de gracia" de 4 semanas que permite administrar la siguiente dosis hasta 16 semanas después de la anterior. Si han transcurrido más de 16 semanas, puede administrarse la siguiente dosis, si hay certeza razonable de que la adolescente no está embarazada. Deberá usar precaución anticonceptiva durante los 7 días siguientes y puede utilizarse si se precisa anticoncepción postcoital.

Produce sangrado irregular y frecuente durante los 3 primeros meses en el 80% de las mujeres, lo que deberá ser advertido y amenorrea al año de uso en el 50% de los casos.

Puede producir un incremento de peso de 2-3 kilos durante el primer año y suprimir la ovulación hasta un año después de su cese, pero no se asocia a acné, depresión o cefaleas.

Implante anticonceptivo. Implanon NXT

Disponemos de un implante anticonceptivo subcutáneo que consiste en una varilla flexible radiopaca que contiene 68 mg de etonogestrel (IMPLANON NXT, incluido en la prestación farmacéutica del SNS con visado y financiado por muchos servicios de salud).

La OMS considera que pueden usarse sin restricciones entre la menarquía y los 18 años. No parece afectar la densidad mineral ósea.

Presenta la ventaja de poder ser utilizado en adolescentes que no son buenas candidatas para los otros métodos anticonceptivos, tanto por olvidos, despistes y estilo de vida, como por problemas de capacidad intelectual, salud mental o conductas de riesgo. Además, es elegible médicamente si la adolescente presenta migraña con aura, epilepsia, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia genética, padece enfermedad tromboembólica o está lactando (a partir de las 6 semanas)⁴.

Su eficacia es altísima, pero disminuye con el uso concomitante de fármacos inductores enzimáticos (rifampicina, anticonvulsivos y hierba de San Juan). No presenta interacción con lamotrigina.

El implante se inserta en la cara interna del brazo no dominante en los 5 primeros días del ciclo. Puede insertarse también en cualquier momento del ciclo si existe razonable seguridad de que la adolescente no está embarazada. En este caso se recomendará anticoncepción adicional durante 7 días.

Su eficacia se mantiene tres años. A partir de esa fecha debe procederse a su extracción y, si se desea, a la colocación de un nuevo implante a través de la misma incisión. Al cumplirse la caducidad si no se ha procedido a su recambio debe utilizarse otro método anticonceptivo.

Debe explicarse a las adolescentes el cambio en el patrón menstrual: 20% tendrán amenorrea y 50% sangrado irregular.

No hay evidencia de retraso en el retorno de la fertilidad ni de asociación con cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido.

Anticoncepción hormonal postcoital

La llamada píldora del día siguiente ocupa un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes, dado que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección son muy frecuentes, así como la rotura de preservativos, los olvidos de píldoras o los fallos con el coito interrumpido. Se considera que por cada 1000 tratamientos se evitan 53 embarazos. Como píldora postcoital se utiliza levonorgestrel 1,5 mg en dosis única (Norlevo y Postinor, dispensados gratuitamente por muchos Servicios de Salud y de venta libre en farmacias) y se recomienda su utilización dentro de las 72 horas siguientes al coito no protegido¹². Existe una dilatada y amplia experiencia con el uso del levonorgestrel que ha demostrado que es un fármaco absolutamente seguro. A la dosis utilizada no existe ninguna contraindicación médica, y además su administración en un embarazo inadvertido no tiene consecuencias ni tampoco si no se consigue prevenir la gestación. Está indicada independientemente del día del ciclo ya que no puede determinarse con seguridad el momento de la ovulación.

Conviene recabar los siguientes datos:

- Fecha de la última regla y tipo menstrual
- Horas transcurridas desde el coito no protegido. Transcurridas más de 96 horas del coito, la eficacia del levonorgestrel disminuye aunque puede seguirse aconsejando hasta las 120 horas, explicando que este uso no está autorizado en ficha técnica. Como alternativa entre las 72 y las 120 horas se ha propuesto la utilización de un nuevo preparado, acetato de ulipristal. No se recomienda en menores de 18 años porque no se han realizado ensayos clínicos en adolescentes, aunque están previstos. También puede considerarse la posibilidad de insertar un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, método postcoital altamente eficaz.
- Uso de fármacos inductores enzimáticos. En este caso estaría indicado el uso de una dosis de 3 mg de levonorgestrel o un DIU de cobre.

La siguiente regla puede aparecer en la fecha prevista, aunque en algunos casos se adelanta y en otros se atrasa, dependiendo del momento del ciclo en que se ingirió la dosis. Transcurrida una semana de la fecha esperada debe realizarse un test de embarazo.

No es adecuada para su uso frecuente porque su eficacia es inferior al resto de métodos anticonceptivos.

Si la historia clínica lo revela necesario, hay que ofrecer información sobre métodos anticonceptivos, ITS y prácticas de sexo seguro.

Bibliografía

1. *Informe Juventud en España 2008*. Instituto de la Juventud. Ministerio de Igualdad.
2. Quintana R. Anticoncepción. En *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral 2ª*, 882-890. Edición Ergon S.A. 2012
3. *Contraceptive choices for Young People*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. March 2010
4. *Criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos*. Cuarta edición 2009. OMS
5. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. World Health Organization, Geneva, 2008
6. *Male and Female Condoms*. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance. January 2007
7. Stewart, FH, Harper, CC, Ellertson, CE, et al. *Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice vs evidence*. JAMA 2011; 285:2232
8. *First Prescription of Combined Oral Contraception (Updated January 2007)* Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
9. *Combined Vaginal Ring (NuvaRing®)* March 2009. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.
10. Burkman R.T. *Transdermal contraceptive patch*. UpToDate 2010.
11. Sánchez Borrego R, Lete Lasa I. *Anticoncepción con solo gestágenos. Revisión de los datos*. ERGON 2004
12. *Emergency Contraception* Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance August 2011