

Anticoncepción ¿Qué necesitan los adolescentes?

M.J. Rodríguez Jiménez. F.E.A. Ginecología y obstetricia. H.U. Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Resumen

En la adolescencia el método anticonceptivo que se utilice debe ser eficaz, seguro, reversible, de fácil uso, que no afecte a la calidad de la relación percibida por el usuario y si es posible, de precio asequible. Teniendo en cuenta que el único método anticonceptivo doblemente eficaz para la prevención del embarazo no deseado y para evitar la transmisión de cualquier infección de transmisión sexual es el preservativo, se debería hablar de él siempre que se intuya que el o la adolescente vaya a iniciar o ya mantenga relaciones sexuales con o sin coito. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes.

Palabras clave: *Métodos anticonceptivos; Consejo contraceptivo; Adherencia y cumplimentación.*

Abstract

The contraceptive method used in adolescence must be effective, safe, reversible, easy to use, with little perceived interference with the quality of the relationship and if possible, affordable. Given that the only method that is effective in preventing both unwanted pregnancy and sexually transmitted disease is the condom, one should mention it whenever there is suspicion of initiated/close to initiating sexual relations with or without intercourse. Other methods that require greater care may be rejected or misused by the teenagers.

Keywords: *Contraception; Contraceptive advice; Adherence and completion.*

Introducción

Hablar de anticoncepción en la adolescencia implica necesariamente reconocer dos hechos diferentes:

- el primero, positivo: el reconocimiento del derecho que el adolescente tiene a disfrutar de su sexualidad de un modo seguro evitando el resultado adverso de la misma.
- el segundo negativo: reconocer que a pesar de las múltiples estrategias utilizadas por familia, educadores, sanitarios e instituciones gubernamentales, no se consigue eliminar el problema que supone el embarazo no deseado.

Las cifras de los estudios de población son claras en ese sentido:

Según datos del Instituto Nacional Estadística (INE) correspondientes al año 2012, la tasa de fecundidad se sitúa en 12 nacimientos x mil adolescentes entre 15 y 19 años. Los datos más recientes publicados sobre la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo correspondientes al año 2013 y publicados en diciembre de 2014, aunque no especifican cifras sobre menores, señalan que del total de abortos, el 12,23% fueron de "19 y menos años".

Si se suman ambas cifras, el resultado concuerda aproximadamente con los últimos datos publicados por Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, que establecían en el año 2010 la tasa de embarazo en mujeres de 15 a 19 años en España en el 23,36 por mil. La proporción de abortos sobre embarazos fue del 54,52%.

Además, las estimaciones del INE son que el número de madres adolescentes seguirá en aumento en esta década y para el año 2019 nacerán 1047 niños de madres menores de 15 años.

Por todo ello la anticoncepción en la adolescencia plantea al profesional una pregunta: ¿Por qué si los métodos anticonceptivos están al alcance de todos, son prescritos con liberalidad y pueden comprarse con facilidad no son empleados por los adolescentes de forma habitual?

Las estadísticas informan en ese sentido: aunque existe una tendencia creciente a utilizar métodos anticonceptivos, todavía existe un 35% de adolescentes que reconocen no utilizarlos de manera habitual. Las prácticas de riesgo son especialmente notables entre los y las jóvenes con menor nivel educativo y menor estatus social, así como entre los y las jóvenes inmigrantes sin nacionalidad española. Casi el 30% de quienes tienen formación sólo básica dicen tener relaciones sin protección, porcentaje muy similar al de jóvenes no nacionalizados, que duplica prácticamente el porcentaje medio del colectivo. Es en estos grupos en los que se encuentra la mayor proporción de embarazos no deseados.

Entre los métodos de protección utilizados el preservativo sigue siendo el más frecuente y habitual, seguido de la píldora anticonceptiva. Otros métodos como anillo, parches o implantes son utilizados minoritariamente. Y el DIU (dispositivo intrauterino) es muy poco usado, aunque últimamente se propugna su uso como método de larga duración. Al menos en declaración explícita el uso de otros métodos como el coito interrumpido o los métodos naturales son muy minoritarios, pero siguen existiendo.

Las estimaciones del INE son que el número de madres adolescentes seguirá en aumento en esta década y para el año 2019 nacerán 1047 niños de madres menores de 15 años.

Entre los métodos de protección utilizados el preservativo sigue siendo el más frecuente y habitual, seguido de la píldora anticonceptiva.

Consejo contraceptivo en adolescentes

Aunque no existen métodos anticonceptivos específicos, lo evidente es que la anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de esta edad:

- Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural.
- Debe ser reversible salvo que casos excepcionales como enfermedades o deficiencias psíquicas aconsejen lo contrario.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes.
- Puede plantear problemas de tipo ético-legal cuando el adolescente sea menor de edad.

Para realizar un adecuado consejo contraceptivo, es necesario tener en cuenta los tres factores que intervienen: prescriptor, método y usuario.

Prescriptor

Uno de los problemas que los adolescentes refieren es que no siempre tiene facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud:

- Los adolescentes desconocen los recursos sanitarios donde pueden acudir.
- La burocratización de los sistemas de atención al usuario impide la confidencialidad y puede dar origen a una demora inasumible para el adolescente.
- Los horarios de las consultas médicas coinciden con el horario escolar, por lo que es difícil el acceso a las mismas sin que se enteren los padres o profesores.
- El tipo de consulta demandado por el adolescente precisa de mayor tiempo del que dispone el profesional.

Una vez superados esos escollos la atención por el profesional sanitario debe reunir una serie de requisitos:

- establecer un buen vínculo y que el adolescente perciba que el profesional se interesa y se muestra dispuesto a ayudarle sin paternalismos.
- explicar las condiciones de confidencialidad de la consulta, facilitando así que el adolescente confíe sus preocupaciones y dudas más abiertamente. Si se presenta con el padre y la madre o tutores, después de escuchar lo que éstos tengan que decir, en su presencia, se les solicita quedarse a solas. Separarlo de los padres le hace sentirse bien, percibe que se respeta su autonomía y se le considera capaz de ocuparse de su salud. Si se presentan como pareja, es lógico atenderles juntos.
- el proceso de elección del método ha de ser voluntario y no condicionado por las preferencias del profesional, por factores de presión o coerción de la pareja, o por influencias negativas de padres y madres o del grupo de iguales. Hay que informar y asesorar sobre riesgos y beneficios, y promover que sean ellos quienes decidan.

Uno de los problemas que los adolescentes refieren es que no siempre tiene facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud.

- dejar que los jóvenes expresen sus ideas y dudas sobre el método y manifestar comprensión ante los inconvenientes que expliquen. No se trata de convencerlos de las ventajas de usar un método determinado, pues el joven puede sentir que ésta no ha sido su decisión y no lo utilice o cometa errores.
- siempre se debe mantener una visión positiva de la sexualidad, pero informando de los riesgos de la misma. Se debe potenciar y valorar la asertividad para poder resistirse a la presiones a la hora de mantener o no relaciones y negociar con la pareja el uso del preservativo.

La medicalización excesiva de la anticoncepción puede ser disuasoria para el acercamiento del adolescente a los servicios Si se va a prescribir un método anticonceptivo hormonal, la Sociedad Española de Anticoncepción (SEC) recomienda pesar y tomar la tensión arterial y realizar una anamnesis orientada a descartar factores de riesgo, en concreto indagar sobre antecedentes familiares de patología trombótica o vascular en <45 años. El examen ginecológico y las determinaciones analíticas no son imprescindibles para hacer consejo anticonceptivo; es conveniente pedir una analítica con perfil hepático y coagulación pero ésta puede posponerse para una visita posterior de seguimiento del método.

Método

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, analizando detalladamente cada uno.

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación a las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelve.

La indicación /elección de un método debe contemplar factores dependientes del mismo:

- *Eficacia*: se refiere a la capacidad del método para evitar un embarazo. Se mide mediante el índice de Pearl (IP) que es el número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso. La eficacia teórica dista de la real al estar condicionada por la utilización por parte de la usuaria.
- *Seguridad*: se refiere a la capacidad de un método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del potencial usuario, así como las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos.
- *Reversibilidad*: se refiere a la recuperación de la capacidad reproductora al interrumpir el uso. En la anticoncepción para adolescentes este es un requisito obligatorio excepto en casos concretos (pacientes incapacitadas).
- *Facilidad/complejidad de uso*: está relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del propio cuerpo y habilidades manuales que es necesario individualizar.

Con estos requisitos, se establecen cuatro categorías para los métodos anticonceptivos en la adolescencia:

- *Recomendables*: incluyen preservativos y anticonceptivos orales, parches y anillo.
- *Aceptables*: incluyen DIU, diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos depot.
- *Poco aceptables*: incluyen métodos quirúrgicos y métodos naturales.
- *De emergencia*: anticoncepción postcoital.

Usuario

La indicación /elección de un método debe contemplar factores dependientes del usuario:

- *Edad*: valorar el grado de maduración biológica. En este apartado es preciso recordar que la anticoncepción hormonal puede instaurarse tras la menarquia sin que se afecte al desarrollo o crecimiento de la adolescente.
- *Grado de maduración psicológica*: condiciona la motivación, la aceptabilidad, el cumplimiento y el control y seguimiento del método.
- *Actividad sexual*: se orienta a conocer si existen o no prácticas coitales, edad de inicio de las mismas, frecuencia, estabilidad de la pareja, grado de participación de la pareja en la anticoncepción y número de parejas sexuales.
- *Aceptabilidad*: el método debe ser compatible con las normas confesionales, creencias, valores y normas de conducta de cada usuario. Si existen conflictos, la cumplimentación no va a ser adecuada.
- *Impacto sobre la economía*: muchas veces el adolescente es el que debe pagarse el anticonceptivo y ello hace que opte por no usarlo o por utilizar “métodos gratuitos” como el coito interruptus. Es importante relacionar el precio del anticonceptivo con otros gastos habituales del adolescente (tabaco, copas, entradas a discoteca...) y hacerle ver que más que un gasto es una “inversión” en seguridad y tranquilidad.
- *Entorno familiar y social*: que pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de anticoncepción y de su seguimiento.

Métodos anticonceptivos

Preservativo masculino

Es un método anticonceptivo especialmente recomendable en la adolescencia, dado que ofrece protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y carece de efectos secundarios sistémicos. El preservativo no tiene contraindicaciones, no precisa supervisión médica y es relativamente barato y asequible. Se acepta que existe una gran diferencia entre la eficacia teórica y el uso típico: la *eficacia teórica* es IP: 0.5-2% y la *real* de 8-14% según la población estudiada. La tasa de rotura oscila entre 0.5-3% por lo que hay que avisar de esta posibilidad e indicar que si tiene lugar antes de la eyaculación, sólo hay que cambiar el preservativo, y si después de la misma, utilizar la anticoncepción de urgencia.

Si el preservativo se utiliza correctamente, su efectividad es elevada. Su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al dispositivo intrauterino (*Doble método*), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS, lo que lo hace especialmente indicado en la adolescencia. El doble método exige una importante motivación de ambos miembros de la pareja y su coste económico es elevado.

El preservativo masculino es un método anticonceptivo especialmente recomendable en la adolescencia, dado que ofrece protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y carece de efectos secundarios sistémicos.

Otros métodos de barrera

- *Espemicidas*: tiene una protección añadida sobre las ITS pero deben utilizarse asociados a otros métodos de barrera pues la eficacia per se es escasa (15-20% fallos)

- *Diafragma*: tiene la ventaja de ser reutilizable y la desventaja de que no protege frente a ITS y necesita un adiestramiento para su inserción. La tasa de fallos es del 6 al 16%.
- *Preservativo femenino*: su tasa de eficacia varía entre el 4% y el 27%. Ofrece protección anticonceptiva y, si se utiliza de forma adecuada, proporciona una protección adicional de la vulva frente a ciertas ITS. Tiene un mayor coste que el preservativo masculino, mayor tasa de fallos y peor cumplimiento por desplazamientos durante el coito. No precisa supervisión médica.

Anticoncepción Hormonal Combinada (AHC)

Constituye un método de elección por su alta eficacia anticonceptiva y por tener una serie de efectos no anticonceptivos beneficiosos. Las adolescentes, por su edad, suelen tener muy pocas contraindicaciones para la AHC, pero siempre se tendrán en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS. Las diferentes presentaciones de la AHC solamente difieren en la pauta de empleo, hecho que debemos valorar con la adolescente para que decida la que le resulte más cómoda: diaria en el caso de la píldora, semanal en el caso del parche mensual en el caso del anillo. Su eficacia es 0,3% en *uso perfecto* y el 8% en *uso típico* durante el primer año

Las adolescentes, por su edad, suelen tener muy pocas contraindicaciones para la AHC, pero siempre se tendrán en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS.

Anticoncepción hormonal combinada oral

Tomar 1 comprimido diario a partir del primer día de la regla. Según la presentación del preparado la toma será de 21 días (descansando 7) o 28 días (sin descanso) y reiniciar. En los preparados de 28 días que contienen píldoras sin medicación, éstas pueden ser de 7, 4 y 2 días. La hemorragia por privación se inicia en los días de descanso o píldoras sin contenido hormonal. Hay que tomar la píldora más o menos a la misma hora, y no olvidar ninguna. Si hay olvidos que no superan las 48 horas se puede seguir normalmente el tratamiento; si las superan, hay que seguir con la medicación y emplear medidas anticonceptivas complementarias (preservativo) durante 7 días.

Anticoncepción hormonal combinada transdérmica

El parche se coloca pegado en la piel (salvo en las mamas) el primer día del sangrado menstrual y se cambia 1 vez por semana durante 3 semanas. Tras 1 semana sin parche en la que aparece la hemorragia por privación se inicia un nuevo ciclo de 3 semanas.

Anticoncepción hormonal combinada 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 (siempre se coloca y retira el mismo día de la semana). Normalmente, el anillo no se nota durante el coito ni causa molestias, pero, si lo hiciera, puede retirarse durante un máximo de 3 horas, lavarlo con agua fría o tibia y volverlo a insertar.

Anticoncepción hormonal sólo con gestágeno (AHG)

La eficacia anticonceptiva de la AHG es muy alta y, además, disminuye la incidencia de dismenorrea. Está especialmente indicada en las adolescentes que presenten contraindicaciones a los

estrógenos. Su principal inconveniente radica en los posibles cambios del patrón de sangrado, porque el sangrado irregular es peor tolerado en las adolescentes en comparación con las adultas. Existen 3 presentaciones de AHG: oral (píldoras de levonorgestrel), inyección intramuscular depot (acetato de medroxiprogesterona depot AMPD) e implante. La toma de la píldora con AHG es diaria, iniciándola el primer día de la regla, sin interrupciones. En el caso del inyectable, la primera dosis se administrará entre el primer y el quinto día del ciclo, de forma intramuscular, y se repetirá cada 12 semanas. El implante subcutáneo se coloca entre el primer y el quinto día del ciclo y dura 3 años.

Dispositivo intrauterino (DIU)

El DIU ofrece a las adolescentes una elevada eficacia anticonceptiva y no precisa motivación para su cumplimiento. Se coloca durante la regla y es un método de larga duración (5 años). Existen DIUs de cobre y hormonales con levonorgestrel (DIU-LNG). Precisa inserción por parte de un profesional y tolerancia al examen ginecológico por parte de la adolescente. El DIU de cobre puede producir aumento del sangrado y de la dismenorrea. El DIU-LNG puede alterar el patrón de sangrado menstrual, hecho que debe advertirse a la adolescente para que acepte la posibilidad de sangrado irregular o amenorrea. Recientemente ha aparecido en el mercado un DIU-LNG más pequeño con una duración de 3 años, especialmente indicado para adolescentes por su mayor facilidad de inserción y que según el fabricante no altera el patrón menstrual conservando una alta eficacia.

Anticoncepción de urgencia (AU)

Los adolescentes deben conocer la existencia de los métodos de urgencia para poder utilizarlos en caso necesario informándolos de que la eficacia de la AU no es absoluta, sólo protege frente al coito muy reciente. En las primeras 24 horas la eficacia es del 95%, de 24 a 48 horas 85%, y de 48 a 72 horas 58%.

En el mercado español se dispone de AU con 1 comprimido de levonorgestrel para su utilización hasta transcurridas las 72 horas del coito de riesgo, y con acetato de ulipristal hasta las 120 horas. En España, la AU es de libre dispensación, sin receta médica, ya que se trata de un medicamento que no es tóxico, o tiene riesgo de adicción, su dosificación es muy fácil (un solo comprimido), no causa teratogenia y no tiene contraindicaciones. El principal mecanismo de acción de la AU es la inhibición o el retraso de la ovulación, pero no impide la nidación de un huevo fecundado.

Recientemente ha aparecido en el mercado un DIU-LNG más pequeño con una duración de 3 años, especialmente indicado para adolescentes por su mayor facilidad de inserción y que según el fabricante no altera el patrón menstrual conservando una alta eficacia.

Cumplimiento y adherencia al tratamiento anticonceptivo

Como en otras etapas de la vida, en la adolescencia el método anticonceptivo que se utilice debe ser seguro y eficaz y sabemos que la efectividad de un método, es decir su eficacia durante el uso, depende de la adherencia al mismo y de su continuidad. Los adolescentes tienen un peor cumplimiento de los métodos anticonceptivos y, por tanto, un mayor riesgo de embarazo no deseado y de contagio de una infección de transmisión sexual.

El *preservativo* es el método más utilizado pero su principal problema es que no se usa en todas las relaciones sexuales, siendo inconsistente en el 15% de las mujeres de 14 a 19 años que mani-

fiestan utilizarlo como método anticonceptivo habitual. Las principales razones para no usar el preservativo que manifiestan son: lo imprevisto de la relación, el estado de euforia por alcohol o drogas, el empleo de otro método anticonceptivo o la negativa de la pareja.

El inadecuado cumplimiento del tratamiento en la toma de los anticonceptivos hormonales puede deberse al olvido de píldoras, la toma en un orden diferente o al retraso en el inicio del siguiente ciclo.

El inadecuado cumplimiento del tratamiento en la toma de los *anticonceptivos hormonales* puede deberse al olvido de píldoras, la toma en un orden diferente o al retraso en el inicio del siguiente ciclo. También influye negativamente el uso esporádico con frecuentes ceses y reinicios, no utilizar una protección anticonceptiva adicional cuando es preciso y discontinuar el método sin consultar otras alternativas y sin utilizar ningún otro.

Las adolescentes olvidan con más frecuencia la toma de píldoras, hasta 3 píldoras de media en cada ciclo, y menos del 41% la toman correctamente todos los días. Por todo esto la tasa de fallos se estima alrededor del 16% durante el primer año de uso.

En general, la población adolescente tiene más retiradas precoces de *DIU* que la población adulta.

Razones para un peor cumplimiento en el caso de los adolescentes (Tabla I).

Estrategias para mejorar cumplimiento

Preservativo masculino

Los adolescentes deben conocer que el uso correcto del preservativo reduce, en un porcentaje muy elevado, la incidencia de infección del VIH en ambos sexos, y también de otras ITS.

Los adolescentes deben conocer que el uso correcto del preservativo reduce, en un porcentaje muy elevado, la incidencia de infección del VIH en ambos sexos, y también de otras ITS, por lo que es muy importante motivarlos para utilizar el preservativo como método anticonceptivo y de protección frente a infecciones.

No se debe presuponer que lo sepan utilizar. Hay que instruirlos, e instruir las, en un uso correcto. En los adolescentes que ya lo utilizan, hay que preguntar sobre su uso en todos los coitos y su colocación adecuada desde el inicio del coito.

Se debe adiestrar en habilidades para la negociación de su uso desterrando falsas ideas como que se siente menos placer o que solo debe ser usado con pareja no habitual.

Anticoncepción hormonal combinada

Hay que conocer qué les preocupa y qué creen que tiene de malo la AHC, para despejar dudas y favorecer la adhesión al tratamiento. Una estrategia muy motivadora es informar a las usuarias sobre los beneficios no contraceptivos de la AHC, por ejemplo la regularización del ciclo o la mejora del acné. Hay que insistir en el tema del aumento de peso, que preocupa mucho a las adolescentes, explicando que suele ser mínimo con los actuales métodos de baja dosis.

A fin de mejorar y facilitar la cumplimentación de los tratamientos anticonceptivos entre las adolescentes, se han diseñado una serie de estrategias:

- Pautas sin descanso, con siete comprimidos sin sustancia activa, con el fin de crear hábitos de rutina para la toma diaria y evitar el retraso en el inicio del siguiente envase.

- Pautas con un menor intervalo libre de hormonas, con solo 4 comprimidos sin sustancia activa. Parece que la pauta 24+4 tiene mejor índice de Pearl en las adolescentes que la convencional 21+7.
- Inicio rápido (*quick start*). Consiste en el inicio de la toma el mismo día de la consulta siempre que exista la seguridad de ausencia de embarazo y recomendando anticoncepción de apoyo con preservativo durante los 7 días posteriores a la iniciación del método.
- Otras vías de administración no diarias: semanal (parche), mensual (anillo) trimestral (gestágeno depot), trianual (implante). Uno de los problemas en el uso de cualquier método anticonceptivo por parte de las adolescentes, es el mal cumplimiento debido a unas tasas de abandonos elevadas, por lo que la utilización por las más jóvenes de métodos de larga duración como son el DIU-LNG, el implante, e incluso el AMDP inyectable propician una mayor efectividad que otros métodos hormonales al presentar menor tasa de abandonos y evitarse errores en su uso.
- Puede ser útil asociar la toma de la píldora a una actividad cotidiana, por ejemplo, después de lavarse los dientes. También puede ser útil la utilización de sistemas de aviso para recordar la toma diaria de la píldora, como alarmas de recuerdo en el teléfono móvil.
- Implicar (si es posible) a los padres y madres o a la pareja. De esta manera, pueden ayudar a la joven a recordar el uso correcto del método elegido.
- Realizar un control a los 3-6 meses del inicio de la toma, para comprobar el uso correcto y aclarar dudas.
- Actuar frente a las administraciones públicas demandando la financiación de los métodos anticonceptivos.

Situaciones especiales en adolescentes

Obesidad: A pesar de que en la 4ª edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS no existe un límite para su utilización en función del IMC, la Sociedad Española de Contracepción considera que cuando éste es superior a 35 Kg/m² el incremento del riesgo tromboembólico hace que el riesgo sea superior a los beneficios que se puedan obtener. Los métodos con solo gestágeno se pueden utilizar sin limitación, excepto el acetato de medroxiprogesterona inyectable con el que existe una mayor tendencia a ganar peso. Se ha comunicado una disminución de la eficacia anticonceptiva del parche en mujeres con peso superior a 90 Kg.

Diabetes: Los anticonceptivos hormonales a dosis bajas no alteran el control de la diabetes a largo plazo (ej. niveles de HbA1) ni facilitan la progresión a vasculopatía y el impacto sobre la tolerancia a la glucosa, los requerimientos de insulina o el perfil lipídico es mínimo o inexistente.

Alteraciones tiroideas: se puede utilizar cualquier método anticonceptivo presentando la anticoncepción hormonal combinada como efecto beneficioso añadido el control de las alteraciones del ciclo que son frecuentes en estos casos.

Síndrome del ovario poliquístico: Los anticonceptivos hormonales combinados con un gestágeno de efecto antiandrogénico es el tratamiento de elección para las irregularidades del ciclo. Si no se pudiera utilizar este anticonceptivo se considerarán los otros métodos siendo siempre importante la valoración conjunta con el endocrinólogo y la indicación de hábitos dietéticos adecuados y ejercicio físico.

Trastornos de la alimentación: Las adolescentes con trastorno de la alimentación así como las deportistas profesionales desarrollan con frecuencia una amenorrea hipotalámica que va a dar lugar a una situación de hipoestronismo, por lo que la anticoncepción hormonal combinada

A pesar de que en la 4ª edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS no existe un límite para su utilización en función del IMC, la Sociedad Española de Contracepción considera que cuando éste es superior a 35 Kg/m² el incremento del riesgo tromboembólico hace que el riesgo sea superior a los beneficios que se puedan obtener.

sería el método de elección. En el caso de las mujeres con trastorno de la alimentación el tratamiento hormonal no es suficiente para incrementar la masa ósea siendo necesarias para ello la normalización del peso y sobre todo, la recuperación espontánea de la menstruación.

Talasemia, anemia de células falciformes y anemia ferropénica: Las adolescentes con talasemia, anemia de células falciformes o anemia ferropénica pueden utilizar cualquier método anticonceptivo aunque el uso de DIU de cobre aumenta la pérdida de sangre.

Discapacitados: El asesoramiento anticonceptivo debe individualizarse considerando el tipo de discapacidad (física o psíquica), su grado, el deseo y posibilidad de reproducción (métodos reversibles o irreversibles) y el entorno familiar y social entre otros factores.

Epilepsia: La principal limitación para el uso de anticonceptivos hormonales radica en su posible interacción con el tratamiento antiepiléptico, que puede disminuir la eficacia anticonceptiva. Las adolescentes que presentan incremento de las crisis durante la fase lútea o menstrual se pueden beneficiar de los anticonceptivos hormonales al suprimir las fluctuaciones de las hormonas endógenas. En el caso de que no se pueda cambiar el tratamiento y este sea inductor enzimático, los métodos anticonceptivos hormonales que se pueden utilizar son el AMPD y la anticoncepción intrauterina, teniendo el primero un efecto beneficioso añadido ya que disminuye la frecuencia de las crisis epilépticas.

La principal limitación para el uso de anticonceptivos hormonales radica en su posible interacción con el tratamiento antiepiléptico, que puede disminuir la eficacia anticonceptiva.

Tablas y Figuras:

Tabla 1.

Razones para un peor cumplimiento de la anticoncepción en los adolescentes

- Escasa percepción de riesgo propia de la adolescencia
- Edad
- Mala tolerancia a efectos secundarios
- Existencia de ideas erróneas
- Excesiva percepción de riesgos
- Ambivalencia respecto al embarazo
- Deficiente accesibilidad a los servicios sanitarios
- Coste económico
- Influencia de los amigos

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la juventud en España.2012. Disponible en: <http://www.injuve.es/observatorio/>
2. Equipo Daphne. 7ª Encuesta de anticoncepción en España. 2011. Disponible en: <http://www.equipo-daphne.es/encuestas>
3. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª Edición. Ginebra 2009**
4. Serrano Fuster I. Anticoncepción en la adolescencia. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid 2013.p.143-151.
5. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción. 2011. Disponible en: <http://www.sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/conferencia-de-consenso/>**
6. Cancelo Hidalgo MJ, Parera Junyent N, de la Viuda García E, Parra Ribes I, Rodríguez Jiménez MJ, González Navarro JV. Anticoncepción en la adolescencia. Documento de Consenso Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Octubre 2013.p.11-79**
7. García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012. Disponible en <http://www.sego.es>
8. Tia M, Guy N, Brock PH, Dake Yang. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. J Ped Adolesc Gynecol. 2012;25(3):195-200.
9. Alvarez González JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos E: Guía actualizada de Anticoncepción de Urgencia. Sociedad Española de Contracepción. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales