

@ Guía clínica sobre el uso de anticonceptivos orales en la adolescencia

G. Perkal, MJ. Rodríguez Jiménez, N. Curell Aguilá, L. Rodríguez Molinero.
Grupo de trabajo "Sexualidad y Ginecología" de la SEMA.

Adolescere 2018; VI (3): 52.e9-52.e16.

@ Disponible en:

<https://www.adolescenciasema.org/guia-clinica-guia-clinica-sobre-el-uso-de-anticonceptivos-orales-en-la-adolescencia-g-perkal-et-al-grupo-de-trabajo-sexualidad-y-ginecologia-de-la-sema-adolescere-2018-vi-3/>

Caso clínico: Relaciones sexuales de riesgo en adolescente. Infección de transmisión sexual. Asesoramiento anticonceptivo

MJ. Rodríguez Jiménez. Servicio de Ginecología y Obstetricia. H. Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Fecha de recepción: 10 de febrero 2019

Fecha de publicación: 28 de febrero 2019

Adolescere 2019; VII (1): 58-62

Resumen

Se plantea el caso de una adolescente diagnosticada de dolor abdomino-pélvico intenso que precisó ingreso hospitalario. Se solicitó valoración ginecológica diferida de la paciente, al manifestar que mantenía relaciones sexuales, para realizar asesoramiento anticonceptivo. En este caso queda reflejada la dificultad para convencer a los adolescentes de los riesgos de las relaciones sexuales y sus consecuencias.

Palabras clave: *Dolor pélvico; Infección transmisión sexual; Contracepción.*

Abstract

The case of a teenager diagnosed with severe abdominal-pelvic pain who required hospital admission is presented. Deferred gynecological evaluation of the patient was requested when she stated that she had sexual intercourse, in order to perform contraceptive counseling. This case highlights the difficulty in convincing adolescents of the risks of sexual relations and their consequences.

Key words: *Pelvic pain; Sexual transmitted disease; Contraception.*

Anamnesis

Adolescente de 14 años que acude a urgencias del hospital por dolor abdominal desde hace unas 2 semanas, inicialmente en el piso abdominal bajo, pero también en mesogastrio y fosas ilíacas. Diarrea desde hace 4 días, comenzó con deposiciones con comida sin digerir, después diarrea que cada vez es más líquida, sin sangre; le duele al hacer deposición pero no tiene tenesmo. Náuseas. Un pico febril de 38°C hace 4 días. Pérdida de peso (4 kg) en las últimas semanas. Le despierta por la noche, urgencia para ir al WC y después no puede hacer deposición. Sudoración nocturna.

Antecedentes personales

Vacunas según calendario, incluida HPV. Sin ingresos. Sin alergias, salvo epitelio de perro y arizónica. Sin tratamientos crónicos. Menarquia 12 años. Menstruaciones irregulares cada tres semanas y media, le duran 7 días con dismenorrea importante. La última terminó hace 4 días.

Antecedentes familiares

Abuelo cáncer de colon. Padre (no conviviente) gastritis crónica atrófica antral. Madre y hermano pequeño (11 años) sanos. Sin antecedentes de celiaquía ni enfermedad intestinal inflamatoria.

Exploración física

Peso: 48,7 (P25-50) talla: 159,5 (P50) T° 37,6°C. Regular estado general, algo pálida y sudorosa. AC rítmica. AP buena ventilación bilateral. NRL actividad y reactividad normal, PC normales. Fuerza y tono normales, comportamiento normal. Meníngeos negativos. Pupilas isocóricas y normo reactivas. ORL: normal. Abdomen con defensa. Dolor a la palpación superficial en hipocondrio derecho. Dificultad para la palpación profunda en hipogastrio derecho. Tacto rectal: ampolla vacía no dolorosa.

Pruebas complementarias al ingreso

ANALÍTICA: leucocitos 15.450 neutrófilos 11.800 (76,4%) hemoglobina 13.5 g/dl, hematocrito 38,4%. Plaquetas 430000. Estudio de coagulación: tiempo de protrombina 15,7 sg, actividad protrombina 63.1%INR 1.3, APTT 25,8 sg. Bioquímica: normal. Proteína C reactiva 259,7 mg/l.

Serología mononucleosis: negativa. Orina: negativa.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: hígado de aspecto homogéneo sin lesiones focales ni otras alteraciones reseñables. Venas suprahepáticas y eje portal permeable sin alteraciones. No dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Vesícula de paredes lisas sin imagen de litiasis. Riñones de ecoestructura, tamaño normal sin signos de dilatación pielocalicial ni litiasis. Bazo homogéneo de tamaño normal. Retroperitoneo y páncreas sin alteraciones reseñables. Vejiga parcialmente replecionada sin alteraciones. En lo valorable de la pelvis menor se identifica un útero de morfología y ecoestructura normal, sin visualizar lesiones quísticas anexiales ni otra alteración. Llama la atención la presencia de un engrosamiento parietal edematoso de la pared del colon e íleon terminal con cambios inflamatorios de la grasa regional y aumento de la vascularización. No líquido libre significativo. No se identifica apéndice cecal ni normal ni patológico. Estos hallazgos sugieren probable ileitis terminal/colitis (valorar enfermedad inflamatoria intestinal).

EVOLUCIÓN: ingresa para observación y tratamiento. Se inicia tratamiento empírico con ciprofloxacino y metronidazol iv a la espera de resultado de cultivos. Al cuarto día, ante resultado de coprocultivo negativo, se suspende ciprofloxacino y se mantiene metronidazol oral. Evoluciona favorablemente, no vuelve a tener fiebre durante todo el ingreso, desaparece la diarrea a las 24 h del inicio del tratamiento, persistiendo dolor abdominal e hipogástrico, que desaparece 24 h antes del alta. A la exploración física desaparece empastamiento abdominal con dolor a la palpación profunda en ambos flancos (leve) con peso al alta 47,5 kg.

Pruebas complementarias al alta

ANALÍTICA: leucocitos 7660, neutrófilos 4500 (59%), hemoglobina 12,7 g/dl, hematocrito 37,7%, plaquetas 468000. Coagulación: normal. Bioquímica: normal. PCR 85. Orina: sin alteraciones. Serologías hepatitis A,B,C negativas (vacunada hepatitis B). VIH negativo. Sangre oculta en heces: negativa en dos muestras. Calprotectina en heces: 29,8. Anticuerpos antitransglutaminasa: pendiente.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: hígado, vesícula, vía biliar intra y extrahepática, páncreas (cabeza), bazo y ambos riñones sin alteraciones significativas. Se explora la FID sin que se observe apéndice cecal o signos indirectos de apendicitis aguda. Se observan en flanco derecho algunas adenopatías subcentimétricas probablemente reactivas. No líquido libre.

DIAGNÓSTICO AL ALTA: ileocolitis de probable etiología infecciosa.

La paciente recibe el alta al sexto día de ingreso con metronidazol oral durante 24 horas más y revisión en consulta a los tres meses.

Durante el ingreso se revisó la historia clínica de la paciente en otras especialidades. Existía un proceso de Psiquiatría abierto dos años antes, al que ni la madre ni la adolescente hicieron mención en la anamnesis. En dicho proceso constaba lo siguiente: *“Niña de 12 años derivada por conductas disruptivas tras el divorcio de sus padres, reacciona de manera violenta, se ha fugado varias veces de casa, no tolera límites. En el colegio ha bajado mucho su rendimiento, ha cambiado mucho de grupo de amigos. Actualmente siempre sale con chicos, idealiza las relaciones. Era obesa, pero ha adelgazado mucho, siempre se está mirando al espejo, se maquilla mucho. Tiene miedo a no agradar a los demás. Se destapa todo lo que puede. Tiene relaciones sexuales. Cuando no la dejan salir, tiene reacción violenta con los padres. Les dice “follo con quien me da la gana”.*

La joven y sus padres acudieron a seguimiento en el Centro de Salud Mental, faltando a algunas visitas. Nunca ha precisado ingreso psiquiátrico. En visitas posteriores queda reflejado que sigue teniendo problemas de fracaso escolar a pesar del cambio de instituto, mala relación con compañeros y relaciones sexuales con varias parejas. Varias veces se ha escapado de casa. Los servicios sociales realizan seguimiento familiar.

Al alta hospitalaria, se solicita consulta con el servicio de Ginecología para valoración por reglas abundantes e irregulares y plantear un método anticonceptivo.

Consulta de ginecología

Paciente de 14 años que acude a consulta con su madre. Remitida tras ingreso en pediatría por cuadro de dolor abdominal. La paciente refiere menarquia a los 12 años y desde el principio reglas frecuentes (cada 20-24 días), de una semana de duración. Dice que son abundantes, utilizando más de 4 compresas al día los cinco primeros días. Dolor importante que cede con antiinflamatorios. En analíticas que aporta no se objetiva anemia. Fecha de última regla: está con ella.

La paciente mantiene relaciones sexuales, lo saben los padres. Interrogada sobre si tiene pareja estable dice que sí, que tiene novio, pero antes ha tenido otro novio. No utilizan método de barrera porque a ella no le gusta. Incluso comenta que la madre está obsesionada con que le peguen algo, pero ella sabe que no. Se le pregunta si estaría dispuesta a tomar un anticonceptivo por el riesgo de embarazo y confiesa que le da miedo que pueda ganar peso porque antes era gorda. La ginecóloga le explica que no va a aumentar de peso, y además de no quedarse embarazada va a mejorar la regularidad de la menstruación y disminuir el sangrado.

Se realizan exploración y ecografía ginecológica.

EXPLORACIÓN: sangrado menstrual. Cérvix con ectopia periorificial. Útero en ante regular, móvil, ligeramente doloroso. Anejos no se palpan aumentados.

ECOGRAFÍA: útero de morfología regular e histerometría de 60x30 mm. Anejo derecho de 26x22 mm. Anejo izquierdo 26x19 mm. Douglas libre. Aparato genital normal.

Se pregunta por la existencia de antecedentes de enfermedad tromboembólica en familiares menores de 50 años, y no hay, por lo que dado que la paciente es normotensa (se revisa historia del ingreso) y delgada, se informa de que no hay contraindicación para la toma de un anticonceptivo y se pauta una píldora combinada de etinil-estradiol+levonorgestrel. Se le explica cómo debe tomarla y se le insiste en que además debe utilizar preservativo. Se cita para valorar cumplimiento del método.

Cuando acude a los dos meses reconoce que no se la toma. El primer mes se la tomó bien y no tuvo dolores, pero el segundo sangró varias veces (se le olvidaba tomársela y se saltó alguna pastilla) y ya lo abandonó. Tampoco ha usado preservativo. Se le informa de que si el problema son los olvidos se le puede recetar el anillo vaginal, que tiene las mismas contraindicaciones y ventajas que la píldora. Acepta probar. Ese día no se realiza exploración, pero cuando se va a ir la madre le insiste en que cuente que a su novio le han diagnosticado una “uretritis”. Se le explica a la paciente que a ella se le debe estudiar por si fuera una infección de transmisión sexual y se practican cultivo vaginal y endocervical.

El resultado de los cultivos se recibe a la semana: se detecta *Neisseria gonorrhoeae*. Se detecta *Chlamydia trachomatis* en cultivo. PCR+ para ambos gérmenes. Se aconseja estudio de ETS asociada: serología de LUES, HIV y hepatitis B.

Se avisa a la paciente para que acuda a urgencias y ahí se le administra cefoxitina 250mgrs im + doxiciclina 100 mg/12 h vo durante 14 días. Se extrae sangre para serologías y se cita a la paciente en 1 mes para repetir exudado. Se le informa (de forma alarmante por parte de la ginecóloga) de la importancia de esas infecciones y las secuelas de la mismas. También de la necesidad de tratar a su pareja sexual, pero que si el novio ya había sido diagnosticado posiblemente ya estuviera tratado. La adolescente reconoce que el que tuvo la uretritis fue su novio anterior y que al actual le da vergüenza contárselo para que vaya al médico. Se insiste en la obligatoriedad de contarle y de nuevo en la prevención mediante uso de preservativo.

Cuando vuelve al mes, se da resultado de serología, que es negativa y se repite el exudado, que esta vez es negativo. No ha utilizado el anillo vaginal porque "no le gusta tener algo en la vagina". Pide de nuevo la píldora y promete tomársela bien.

En el nuevo control a los tres meses reconoce que tampoco ha tomado la píldora. Su pareja hizo tratamiento antibiótico. Ahora refiere aumento de flujo y dolor con las relaciones sexuales en determinadas posiciones.

Se repite exploración ginecológica: leucorrea abundante pero anodina. Se toman muestras vaginal y endocervical para cultivo. Útero y anejos normales de tamaño, pero dolorosos a la palpación y a la movilización del cérvix.

La madre insiste en que se le ponga un método anticonceptivo porque ese mes tuvo un retraso de 6 días y lo pasó fatal pensando que pudiera estar embarazada. Se le explica la posibilidad de un método reversible de larga duración ("LARC"): DIU o implante anticonceptivo. Se cita para resultados.

A la semana acude y el exudado ha resultado positivo (cultivo y PCR) para Chlamydia. Se pauta tratamiento con azitromina 1 g oral. Se le explica a la paciente la relación de esta infección con los cuadros de dolor pélvico crónico, dispareunia y problemas de esterilidad en el futuro.

La paciente acepta un LARC desestimándose el DIU por los antecedentes de ITS. Se la cita para inserción de un implante y repetir exudado.

Discusión

Ante la detección de una ITS se informó a los pediatras, quienes revisando la historia clínica consideraron que posiblemente el cuadro de ileocolitis que motivó el ingreso fuera debido a la misma, pues los cultivos habituales fueron negativos y mejoró con el tratamiento empírico de metronidazol. El diagnóstico de ileocolitis se hizo en base a los hallazgos de la primera ecografía pero una infección pélvica puede irritar e inflamar las estructuras vecinas y dar los síntomas referidos por la paciente.

Este caso muestra la necesidad de tener en cuenta la posibilidad de una enfermedad inflamatoria pélvica en los cuadros de dolor abdominal de etiología no concluyente en todas las adolescentes que tengan relaciones sexuales. En este caso no se sospechó esa posibilidad ni durante la hospitalización ni por parte del ginecólogo y fue la mención de una posible infección en la pareja (el término uretritis no suele ser conocido por los adolescentes) la que hizo saltar la alarma de una posible enfermedad inflamatoria pélvica.

Se denomina así a la infección del tracto genital superior: útero, trompas u ovarios. Puede ocurrir como consecuencia de una infección de transmisión sexual (ITS), en especial las debidas a chlamydia o gonococo.

En los casos de infección activa, sobre todo si se forma un absceso tubo-ovárico, da lugar a un cuadro de dolor abdominal o pélvico agudo, con imágenes radiológicas y ecográficas inespecíficas, pero también puede producir dolor pélvico crónico por las secuelas inflamatorias y adherenciales de una infección insuficientemente tratada.

Las ITS son frecuentes entre los adolescentes. En Estados Unidos, los estudios de vigilancia epidemiológica sugieren que aproximadamente el 50% de las infecciones se diagnostican en adolescentes y jóvenes, esto es entre los 15 y los 24 años. Y que aproximadamente 1 de cada 4 mujeres adolescentes padecen una ITS.

También son frecuentes las recurrencias: el 40% de las infecciones por chlamydias y gonococos afectan a adolescentes previamente infectados por esos microorganismos. Y esa proporción va en aumento.

La enfermedad inflamatoria pélvica consiste en la infección del tracto genital superior: útero, trompas u ovarios. Puede ocurrir como consecuencia de una infección de transmisión sexual (ITS), en especial las debidas a chlamydia o gonococo

Son frecuentes las recurrencias: el 40% de las infecciones por chlamydias y gonococos afectan a adolescentes previamente infectados por esos microorganismos. La adquisición de ITS repetidas es un factor de riesgo para la infección por VIH

Caso clínico

Relaciones sexuales de riesgo en adolescente. Infección de transmisión sexual. Asesoramiento anticonceptivo

Una adolescente tiene 30% de posibilidades de desarrollar una EIP en comparación con 10% de la mujer adulta. Ello se debe a factores biológicos y de comportamiento

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

Para evitar el mal cumplimiento y las tasas de abandonos elevadas, se aconseja la utilización por las más jóvenes de métodos de larga duración (LARC: long acting reversible contraception) como son el DIU-LNG, el implante, e incluso la medroxiprogesterona trimestral inyectable

Muchos adolescentes se reinfectan pocos meses después de una infección ya tratada. Y hay que tener en cuenta que la adquisición de ITS repetidas es un factor de riesgo para la infección por VIH.

Las adolescentes son más susceptibles de adquirir una ITS y, una vez adquirida la infección, aumentan la posibilidad de que ésta se haga ascendente: se calcula que una adolescente tiene 30% de posibilidades de desarrollar una EIP en comparación con 10% de la mujer adulta. Ello se debe a factores biológicos y de comportamiento.

El otro aspecto que trata el caso clínico es la dificultad en la utilización de los métodos anticonceptivos en adolescentes. 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.

Las razones para un peor cumplimiento son múltiples: escasa percepción de riesgo propia de la adolescencia; a menor edad peor cumplimiento; mala tolerancia a efectos secundarios; existencia de ideas erróneas; ambivalencia respecto al embarazo; baja frecuencia de asistencia a los controles; influencia de los amigos.

El preservativo es el método más utilizado por los adolescentes pero su principal problema es que no se usa en todas las relaciones sexuales. 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 orales 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.

El anillo vaginal, requiere motivación y manipulación genital, que puede no ser aceptada por algunas adolescentes, otras se quejan de molestias locales y leucorrea, o del temor a que pueda notarse durante la relación sexual.

Para evitar el mal cumplimiento y las tasas de abandonos elevadas, se aconseja la utilización por las más jóvenes de métodos de larga duración (LARC: long acting reversible contraception) como son el DIU-LNG, el implante, e incluso la medroxiprogesterona trimestral inyectable. Todos ellos propician una mayor efectividad que otros métodos hormonales al no necesitar la colaboración de la paciente, presentar menor tasa de abandonos y evitarse errores en su uso. Por el contrario, las tasas de expulsión en el caso del DIU son superiores a las reportadas en la población general. El uso de anticoncepción postparto con un método LARC, es especialmente útil para prevenir un nuevo embarazo en adolescentes que ya han sido madres.

Bibliografía

1. Fortenberry JD. Sexually transmitted infections: Issues specific to adolescents. Up to date. Literature review current through: Jul 2018. This topic last updated: Jun 25, 2018.
2. Risser W L, Risser J M, Risser A L. Current perspectives in the USA on the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2017;8: 87-94.
3. CDC.STD. Treatment guidelines. 2015;64(3). <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>.
4. Apter Dan. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 48 (2018) 115-127.
5. Perkal G., Rodríguez Jiménez MJ., Curell Aguilá N., Rodríguez Molinero L. Guía clínica sobre el uso de anticonceptivos en la adolescencia *Adolescere* 2018; VI (3): 52.e9-52.e16.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Committee opinion no 539. *Obstet Gynecol* 2012;120:983-8.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Las Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes:

- a) No constituyen un problema porque son excepcionales.
- b) No constituyen un problema porque no tiene repercusiones a largo plazo.
- c) Se ven favorecidas tanto por factores biológicos (inmadurez inmunológica) como de comportamiento (cambio pareja, no uso preservativo).
- d) Disminuyen cuando se toman anticonceptivos hormonales.
- e) Se pueden evitar al 100% con el uso de preservativo.

2. A la hora de prescribir un anticonceptivo hormonal combinado a una adolescente:

- a) Es imprescindible tener una analítica completa con estudio de coagulación.
- b) Es necesario realizar una exploración ginecológica exhaustiva.
- c) Es necesario tener una citología vaginal reciente.
- d) Hay que solicitar estudio de trombofilia en todos los casos.
- e) Basta con una anamnesis detallada e investigar antecedentes de trombofilia, toma de tensión arterial y peso.

3. Para favorecer la cumplimentación y adherencia al tratamiento anticonceptivo en adolescentes:

- a) No es una cuestión importante en la anticoncepción en adolescentes.
- b) Solo se prescribirán anticonceptivos a los adolescentes que demuestren responsabilidad.
- c) Lo más importante es informar a los padres del método prescrito para que vigilen el adecuado cumplimiento.
- d) Los métodos denominados LARC son los más útiles al no requerir participación de la adolescente en su uso.
- e) No es necesario tomar medidas especiales puesto que suelen hacer un uso óptimo del método.

Respuestas en la página 80.e4