

Anticoncepción en la adolescencia

R. Quintana Pantaleón. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. FEA Obstetricia y Ginecología.

Resumen

Comenzar a mantener relaciones sexuales coitales e iniciarse en algo tan importante como es la vida sexual adulta encierra indudables dificultades. Una de ellas es el uso consistente de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual. En este taller y a partir de un supuesto clínico, vamos a tratar aspectos relacionados con la anticoncepción, pero sin olvidar que nuestro papel no es solo ayudar a los chicos y chicas a vivir una sexualidad segura, sino también gratificante y respetuosa con la otra persona. Y esto supone abordar con ellos cuestiones como el deseo y el placer sexual, la atracción y el enamoramiento, la orientación sexual, la igualdad, el respeto, el consentimiento, la aceptación del no y de la ruptura, el rechazo al control, la manipulación o la violencia, los riesgos que plantean los nuevos medios de comunicación y las redes sociales, etc.

Palabras clave: *Anticoncepción; Adolescente; Embarazo.*

Abstract

The onset of sexual intercourse and starting adult sex life has undoubted difficulties. One of these is the consistent use of contraceptive methods and the prevention of sexually transmitted infections. In this workshop, based on a clinical case, aspects related to contraception will be discussed, without forgetting that our role is not only to help boys and girls live a safe sexuality, but also one that pleasureable and respectful with the other person. And this involves dealing with issues such as sexual desire and pleasure, attraction and falling in love, sexual orientation, equality, respect, consent, acceptance of "no" and break up, rejection of control, manipulation or violence, the risks posed by social media and social networks, etc.

Key words: *Types of contraception; Adolescence, Choice; Sexual consent.*

Introducción

Acude a la consulta una chica de 15 años acompañada de su pareja. Han comenzado a tener relaciones sexuales coitales y quieren utilizar un método anticonceptivo. ¿Puede atenderse esta demanda de una menor no acompañada por sus padres o tutores?

La inmadurez del adolescente, que debería ser una razón poderosísima para evitar un embarazo, se esgrime como motivo para negarle el asesoramiento anticonceptivo si no acude con sus padres o tutores, requisito que para algunas chicas supone una barrera infranqueable

Algunos profesionales tienen dudas acerca de si deben o pueden hacerlo. En ocasiones, porque no reconocen de forma plena el derecho de los adolescentes a mantener relaciones sexuales o porque consideran que la adolescente por su inmadurez no puede prestar consentimiento al uso de anticonceptivos y que sus padres deben conocer este hecho y ser los que lo presten el consentimiento. Paradójicamente, la inmadurez de la adolescente, que debería ser una razón poderosísima para evitar un embarazo, se esgrime como motivo para negarle el asesoramiento anticonceptivo si no acude con sus padres o tutores, requisito que para algunas chicas supone una barrera infranqueable. En estos casos, el resultado probablemente será que continuará manteniendo relaciones sexuales, ya que impedirselo excede de nuestras posibilidades, pero sin adoptar una anticoncepción eficaz y por tanto, corriendo el riesgo de un embarazo no deseado, una maternidad precoz o una interrupción voluntaria de embarazo que supone una muy triste forma de iniciarse en la sexualidad adulta.

Sin embargo, desde un punto de vista médico la demanda de esta adolescente es adecuada. Mantiene relaciones sexuales, no desea quedar embarazada y solicita asesoramiento para elegir un método anticonceptivo. Esto supone una conducta sexual responsable, particularmente importante en una edad en que la maternidad implica riesgos biológicos y emocionales para la madre, para el desarrollo

y la crianza de la criatura y una importante desventaja social para ambos. Y desde un punto de vista bioético, nuestra principal obligación es procurar el bien de la adolescente y adoptar un curso de acción que proteja a nuestra paciente. Por tanto, la demanda debería ser atendida, ayudando a estos adolescentes a vivir su sexualidad de forma responsable. Elementos claves de esta consulta serían: la información, la deliberación respetuosa, el reconocimiento de la madurez y autonomía que tenga la adolescente y su pareja, la confidencialidad, el consentimiento informado y trabajar la conveniencia de la comunicación con los padres.

Afortunadamente, la Ley 41/2002 que establece la "mayoría de edad médica" a los 16 años, reconoce a los menores de 16 años maduros el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus padres o representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido. La misma ley determina que corresponde al médico responsable de la asistencia valorar la madurez del menor y comprobar si es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. El grado de madurez necesario, por tanto, será diferente en relación a la gravedad y las consecuencias de la posible intervención.

En el caso de la demanda de un método anticonceptivo, la determinación de la madurez es sencilla. Si la adolescente es paciente nuestra, la evaluación de su madurez vendrá respaldada por el conocimiento que tenemos de su desarrollo y de su personalidad. Pero, en cualquier caso, el hecho de que unos adolescentes acudan a una consulta médica y soliciten asesoramiento anticonceptivo demuestra responsabilidad, autonomía y conocimiento de las consecuencias de la actividad sexual no protegida y de la existencia de métodos anticonceptivos, lo que habla bien a las claras de la madurez necesaria para la intervención solicitada. Es recomendable recoger en la historia clínica que se ha comprobado la madurez de la menor, que el método que finalmente ha decidido utilizar es elegible desde el punto de vista médico y que se le ha aconsejado que informe a sus padres o tutores de que mantiene relaciones sexuales y va a utilizar un método anticonceptivo.

¿Debería informarse a sus padres o representante legales?

Legalmente, los menores maduros tienen los mismos derechos que los adultos a la confidencialidad y protección de datos de carácter personal relativos a su salud.

En la entrevista clínica con esta adolescente y su pareja debe hacerseles ver la importancia de que sus padres estén informados y puedan participar en la decisión sobre el método anticonceptivo más adecuado. Si son pacientes nuestros, conoceremos a sus padres y podremos incluso ofrecerles como mediadores. Pero si no quieren informarlos, como lo que está en juego es un derecho personalísimo, no es aconsejable que el profesional lo haga.

La confidencialidad es el pilar básico sobre el que se asienta la Medicina de la Adolescencia y deben de existir razones muy bien fundadas para romperla.

¿La reciente modificación en el Código Penal de la edad de consentimiento sexual influye en la conducta profesional ante este tipo de demandas?

No. La reciente reforma del Código Penal ha elevado la edad del consentimiento sexual de los 13 a los 16 años para mejor defender a los y las menores de los abusos sexuales, la explotación sexual y la pornografía infantil. Pero esta reforma no ha pretendido "ilegalizar" las relaciones sexuales entre menores o jóvenes o establecer que un o una menor de 16 años no pueda otorgar su consentimiento para mantener relaciones sexuales. Se limita a establecer la edad por debajo de la cual se prohíbe que un adulto realice actos de carácter sexual con un menor. Y reconoce explícitamente que los menores pueden mantener relaciones consentidas con sus pares tal y como queda recogido en el nuevo artículo 183 quater: "el consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este Capítulo, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo y madurez".

En el caso de que la adolescente no acuda acompañada de su pareja, algunos profesionales se sentirán más seguros preguntando acerca de su edad y el tipo de relación que mantienen, para excluir cualquier posibilidad de abuso.

De una norma que trata de proteger a los menores no puede extraerse una aplicación que les perjudique gravemente, criminalizando el ejercicio de su sexualidad libremente consentida entre iguales.

Corresponde al médico responsable valorar la madurez del menor y comprobar si es capaz de comprender el alcance de la intervención

La reforma del Código Penal eleva la edad del consentimiento sexual de los 13 a los 16 años

“En la entrevista clínica, los adolescentes también plantean que el día anterior han tenido relaciones no protegidas y que quieren una píldora postcoital” ¿Puede dispensarse una píldora postcoital a una menor de 16 años no acompañada por sus padres o tutores?

La petición de una píldora postcoital demuestra responsabilidad y conocimiento de riesgo de embarazo. Por tanto, podemos considerarlos “menores maduros” y prescribir la píldora sin necesidad del consentimiento de sus padres o tutores, tal y como requiere la ley de autonomía del paciente

La petición de una píldora postcoital demuestra igualmente responsabilidad y conocimiento del riesgo de una relación no protegida y de la posibilidad de prevenir un embarazo no deseado aún después de haberla mantenido. Por tanto, podemos considerarlos “menores maduros” y prescribir la píldora sin necesidad del consentimiento de sus padres o tutores, tal y como requiere la ley de autonomía del paciente.

¿Qué debemos saber?

La *anticoncepción de emergencia (AE)* ocupa un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes, dado que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección, o los fallos con el método habitual son muy frecuentes. El extendido uso del alcohol como mediador del ocio facilita el que no se adopten las precauciones anticonceptivas necesarias en muchos casos.

El uso repetido de la píldora postcoital en adolescentes que mantienen relaciones esporádicas puede indicar que tienen dificultades para negociar el uso de preservativos, y que optan por la anticoncepción de emergencia como alternativa menos comprometida desde el punto de vista emocional. Identificar estas situaciones y ayudarles a plantear el uso del preservativo forma parte de la atención que debe prestarse a las adolescentes. Por otra parte, resulta conveniente proporcionar una dosis de píldora postcoital a los chicos y chicas que eligen utilizar métodos, como el preservativo o la píldora, con posibilidad de fallos en su utilización. Se ha demostrado que no se incrementa el abandono del método elegido y sí la utilización de la postcoital en caso de necesidad.

Indicaciones: coito no protegido, uso incorrecto del método habitual, rotura de preservativo, expulsión del anillo anticonceptivo o del DIU, despegamiento del parche, uso de teratógenos y violación.

Para la AE disponemos de dos tipos de píldoras postcoitales y también pueden usarse con este fin los DIUs de cobre.

Píldora anticonceptiva de emergencia de Levonorgestrel (PAE de LNG)

Se administran 1,5 mg en dosis única (Dispensada gratuitamente por muchos Servicios de Salud) en las primeras 72 horas. Existe una gran experiencia en el uso de este fármaco. Su seguridad ha permitido que sea de venta libre en farmacias.

Elegibilidad: No existen contraindicaciones médicas a estas dosis. Puede ser utilizada antes de la menstruación y en más de una ocasión en el mismo ciclo.

Seguridad: Ampliamente demostrada lo que ha permitido que sea un medicamento de venta libre. Su administración en un embarazo inadvertido no tiene consecuencias sobre la adolescente, el curso del embarazo o el feto y tampoco si no se consigue prevenir la gestación.

Eficacia: Se considera que por cada 1000 tratamientos se evitan 53 embarazos. La eficacia del tratamiento disminuye a medida que pasan las horas tras el coito no protegido por lo que se recomienda su utilización cuanto antes dentro de las primeras 72 horas.

Reacciones adversas: Puede provocar náuseas y vómitos por lo que se recomienda administrar un antiemético, sobre todo si está próximo el límite de las 72 horas y repetir la dosis si se producen vómitos en las dos horas siguientes a la toma del medicamento.

Mecanismo de acción: El principal mecanismo de acción y quizá el único es retrasar la ovulación 5-7 días. Los estudios realizados demuestran que la PAE de LNG no impide la implantación y que solo es eficaz si se toma antes de que el ovulo sea liberado y los espermatozoides lo fecunden.

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.

Píldora de Acetato de Ulipristal

Se administran 30 mg en dosis única (Requiere receta médica, no financiado) por vía oral lo antes posible y como máximo en las 120 horas (5 días) siguientes al coito no protegido.

Elegibilidad: No existen contraindicaciones ni restricciones a su uso repetido.

El uso repetido de la píldora postcoital en adolescentes, indica que optan a este método como alternativa menos comprometida

La píldora anticonceptiva se administra en dosis única en las primeras 72 horas

El mecanismo principal de la píldora anticonceptiva es retrasar la ovulación de 5 a 7 días

Seguridad: La información sobre seguridad en caso de embarazo es escasa por lo que antes de su administración se debe descartar una gestación.

Eficacia: Similar a la de la PAE de LNG. No disminuye por el uso simultáneo de inductores enzimáticos lo que sí sucede con ésta.

Reacciones adversas: Puede provocar con frecuencia cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal que remiten espontáneamente y raramente sangrado intermenstrual. Si se producen vómitos dentro de las 3 horas que siguen a la administración debe repetirse la dosis añadiendo un antiemético.

Mecanismo de acción: similar al del levonorgestrel, inhibiendo o retrasando la ovulación durante 5 días. Puede tener algún efecto sobre el endometrio, pero aún no es bien conocido.

Manejo clínico de la anticoncepción de emergencia

Seguramente esta adolescente y su pareja no se sentirán cómodos al solicitar un método anticonceptivo postcoital. Es importante, por tanto, que nuestra actitud sea respetuosa, no enjuiciadora y empática. Realizaremos una anamnesis que nos permita conocer:

- Fecha de la última regla y tipo menstrual. La píldora postcoital está indicada independientemente del día del ciclo, pero este dato nos permitirá conocer si existe alguna posibilidad de que la adolescente esté embarazada como consecuencia de relaciones no protegidas previas.
- Horas transcurridas desde el coito no protegido. Transcurridas más de 72 horas, la eficacia del levonorgestrel disminuye. Como alternativa entre las 72 y las 120 horas podrá utilizarse el acetato de ulipristal o incluso un DIU de cobre.
- Uso de fármacos inductores enzimáticos o de hierba de San Juan que puedan disminuir la eficacia de la píldora postcoital. En este caso se indicarán 3 mg de levonorgestrel o la píldora de acetato de ulipristal.
- Método anticonceptivo habitual y dificultades en su uso.
- Riesgo de ITS, especialmente si se está valorando como anticonceptivo de emergencia el DIU.

No es necesario realizar ninguna exploración ginecológica. Solo si existe un retraso menstrual, se desconoce la fecha de la última regla o hay que utilizar acetato de ulipristal por el tiempo transcurrido desde la relación no protegida, habrá que realizar una prueba de embarazo.

¿Qué debemos decirles?

Conviene explicar a la adolescente que la píldora postcoital es un método anticonceptivo con muchos fallos y abordar la necesidad de elección de un método anticonceptivo más eficaz, así como la protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Informaremos a la adolescente de los posibles efectos secundarios y alteraciones del patrón de sangrado. 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.

Se le ofrecerá una cita transcurridas tres semanas de la relación no protegida para confirmar que se ha producido un sangrado menstrual. En caso contrario se realizará una prueba de embarazo. En este encuentro se abordarán con más tranquilidad aquellos problemas que se hayan identificado: dificultad para adoptar una conducta sexual responsable, elección de un método eficaz, prevención de ITS, comunicación con la pareja, consumo de alcohol, etc.

¿Cómo ayudar a elegir un método anticonceptivo a estos adolescentes?

La elección de un método anticonceptivo requiere de un cuidadoso consejo contraceptivo. Hemos de establecer un diálogo que nos permita ayudar a esta pareja a elegir el método más adecuado en ese momento concreto de sus vidas. Para ello desarrollaremos un proceso asistencial que pretende:

- Conocer las necesidades de la chica o pareja, identificar sus valores y preferencias, así como sus opiniones o experiencias con los métodos anticonceptivos.
- Identificar el riesgo de ITS.
- Valorar el estado de salud y comprobar que no existe contraindicación para el uso de los métodos recomendados en la adolescencia. Para conocer si un método puede ser elegible usaremos el

Ante la solicitud de anticoncepción de emergencia, nuestra actitud profesional será respetuosa, no enjuiciadora y empática

documento "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" de la OMS, edición 2015, disponible en Internet. Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en cuatro categorías:

1. Condición para la que no hay restricción en el uso del método.
2. Condición donde las ventajas del método generalmente superan los riesgos, pero que requiere un seguimiento.
3. Condición donde los riesgos generalmente superan las ventajas, por lo que no se recomienda su uso, a menos que no exista otro método aceptable y siempre con un seguimiento muy cuidadoso.
4. Condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Así, por ejemplo, el uso de AHC sería una categoría 1 desde la menarquia y en adolescentes con epilepsia y una categoría 2 en caso de obesidad, tabaquismo, diabetes o migraña sin aura. Sin embargo, deberíamos no indicar este método por ser categoría 3 si la adolescente padece hipertensión, diabetes con afectación vascular, hepatitis aguda, tratamientos antiepilépticos con fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos y lamotrigina y antituberculosos con rifampicina o rifabutin. Y se consideran categoría 4 los antecedentes de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, trombofilia, cirugía mayor con inmovilización, lupus sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos, hipertensión pulmonar, endocarditis, migraña con aura y adenomas hepatocelulares.

Los criterios de elegibilidad para la anticoncepción con solo gestágenos (ASG) son diferentes y muchas de las situaciones clínicas en las que no es elegible la AHC, son compatibles con su utilización. Lo mismo sucede con los DIU.

Si la adolescente es paciente nuestra, conoceremos bien sus antecedentes familiares y personales. En caso contrario, habrá que investigar si hay riesgo de trombofilia y si padece migrañas con aura, problemas que aunque infrecuentes pueden darse en la adolescencia y que contraindican el uso de anticoncepción hormonal combinada (AHC). También tendremos en cuenta la posible interacción medicamentosa si sigue tratamiento antiepiléptico o antituberculoso. Conviene tomar la tensión arterial y calcular el índice de masa corporal.

- Proporcionar información sobre los métodos recomendados en la adolescencia: mecanismo de acción, seguridad, eficacia, duración, reversibilidad, efectos sobre el ciclo menstrual, efectos secundarios, protección frente a ITS, privacidad y facilidad de uso.
- Promover la participación de la adolescente o pareja y comprobar que están comprendiendo la información proporcionada.
- Ayudarlos a deliberar sobre la conveniencia de cada método en función de su situación, necesidades, características y preferencias. Son necesarios la escucha atenta y respetuosa y el consejo no directivo.
- Una vez elegido un método, explicar cómo usarlo, el manejo de eventualidades (rotura de preservativo, olvido de la píldora, vómitos, uso de otros fármacos) y qué hacer ante la aparición de los efectos secundarios más frecuentes. Es recomendable facilitar esta información también por escrito.
- Proponer un seguimiento y facilitar el acceso a la consulta ante cualquier imprevisto. En las consultas sucesivas, además de comprobar la tolerancia y el uso adecuado del método elegido, se alentará la conducta sexual responsable y se abordarán temas como la comunicación con la pareja, el buen trato y si las relaciones son satisfactorias o no. En el caso de que los padres no hayan sido todavía informados, debe deliberarse sobre ello.

"No tienen riesgo de ITS porque para ambos es su primera experiencia sexual, pero la adolescente desea utilizar preservativos, aunque su pareja los encuentra incómodos".

¿Qué debemos saber?

Los preservativos son el método más utilizado entre los adolescentes. Esta casi exclusividad del preservativo en la adolescencia tiene un inconveniente. Al no conocer bien los otros métodos, los adolescentes que rechazan el preservativo se quedan sin posibles alternativas.

Contraindican la anticoncepción hormonal combinada en la adolescente: el riesgo de trombofilia y las migrañas con aura

El preservativo es el método más utilizado en los adolescentes. Son muy seguros y prácticamente sin efectos secundarios

Su uso en esta etapa es más el resultado de no requerir el concurso de profesionales sanitarios que de la intención de prevenir también las ITS. Pocos adolescentes consideran que sea necesaria esta prevención. Contribuye a su no percepción del 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 informarles sobre las ITS y sobre la conveniencia del uso del preservativo. Su uso reduce el riesgo de transmisión del HIV, sífilis, clamidia trachomatis, gonococia, trichomonas vaginalis, herpes genital, papilomavirus y hepatitis B.

Indicaciones: Es un método muy adecuado en la adolescencia porque las relaciones con frecuencia son imprevistas o esporádicas y con diferentes parejas.

Seguridad: Son muy seguros sin prácticamente efectos secundarios.

Eficacia: La tasa de embarazo es de 2 a 12 gestaciones por cada 100 chicas que lo utilicen durante un año, pero va a depender de cómo se utilice el preservativo. Por eso es muy importante explicar pormenorizadamente como debe utilizarse.

¿Qué podemos decirles?

Que es una buena idea utilizar preservativos para evitar cualquier riesgo de ITS y para que sean ambos los que colaboren en la protección anticonceptiva. Les recomendaremos:

- Comprar preservativos de marcas de prestigio en establecimientos o Internet.
- Comprobar caducidad y abrir el envoltorio sin dañar el preservativo.
- Colocarlo en cuanto haya erección y antes de la penetración, con el anillo en el que está enroscado hacia el exterior.
- Pinzar el extremo mientras se desenrolla sobre el pene para que quede un espacio libre de aire que servirá para recoger el semen.
- Evitar la penetración sin preservativo ya que las secreciones preeyaculatorias tienen espermatozoides y además puede producirse una eyaculación involuntaria en la vagina.
- Si se utilizan lubricantes deben ser hidrosolubles (la necesidad de utilizar lubricante indica que la adolescente no se encuentra suficientemente excitada y, por tanto, no está aún preparada para el coito. Es importante informar sobre la respuesta sexual humana y hablar sobre la técnica del encuentro sexual).
- Después de la eyaculación hay que retirar el pene sujetando la parte del preservativo que está en su base para evitar que quede retenido en la vagina.
- Debe cerrarse el preservativo con un nudo y comprobar su integridad.
- El uso de cremas y óvulos para la vulvovaginitis candidiásica hace que los preservativos pierdan eficacia.
- Los preservativos tiene una tasa de rotura de 0,5-3%. En caso de producirse se recomienda el uso de píldora postcoital.

¿Cómo podemos abordar la reticencia del chico a utilizar el preservativo?

Algunos adolescentes, como el que ha acudido a consultarnos tienen dificultades con los preservativos. Conviene conocer el por qué y proponer soluciones concretas:

- Alergia al látex: preservativos libres de látex.
- Incomodidad, sensación de estrangulamiento, el preservativo no llega a la base del pene: una talla más grande.
- Se arruga, sobra en la base del pene, tiende a salirse o se enrolla durante la relación: una talla más pequeña.
- Disminución de la sensibilidad: preservativos extrafinos o sin látex.
- Pérdida de espontaneidad: integrar el preservativo en el juego sexual.
- No disponibilidad en el momento: comprar preservativos ante la posibilidad de mantener un encuentro sexual.

Algunos adolescentes tienen dificultades con el preservativo, conviene conocer el por qué y proponer soluciones concretas

“La chica nos cuenta que no estaban utilizando el preservativo bien y que han tenido algún susto. Quiere utilizar también otro método para sentirse más segura”.

¿Qué debemos saber?

La utilización del preservativo junto con otro método, generalmente hormonal, que persigue conseguir protección frente a ITS y una mayor eficacia anticonceptiva, es muy recomendable en la adolescencia y se denomina doble método. Los usuarios de un doble método mantiene contacto con los profesionales sanitarios con más probabilidad que si solo usaran protección de barrera, lo que permite un mejor asesoramiento.

¿Qué podemos decirles?

Que es una buena idea ya que, aunque el preservativo es bastante eficaz y es muy recomendable su uso para evitar ITS, no proporciona una protección anticonceptiva tan alta como otros métodos. En su caso, al ser totalmente indeseable un embarazo, conviene utilizar una protección anticonceptiva superior a la que proporciona el preservativo. Además, el uso de un doble método supone que tanto el chico como la chica se responsabilizan de su propia capacidad reproductiva, lo que es muy sensato.

“Nuestra joven paciente disfruta de buena salud, en su familia no hay antecedentes de enfermedad tromboembólica (ETV), no padece migrañas con aura, no es fumadora y su tensión arterial y su IMC son normales. ¿Qué otro método podemos recomendarles?”

¿Qué debemos saber?

Además del preservativo, los métodos recomendados en la adolescencia son la AHC y la ASG que pueden ser utilizadas desde la menarquia ya que no interfieren con la maduración del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. Aunque el DIU también se considera recomendable, en la práctica se reserva para casos muy concretos.

Anticoncepción hormonal combinada:

Indicaciones: Adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y que no requieren protección frente a ITS. Es de elección en casos de dismenorrea importante, problemas de sangrado menstrual excesivo, síndrome de ovario poliquístico, acné o hirsutismo.

Seguridad: Es muy segura en la adolescencia ya que raramente concurren otros factores de riesgo de ETV o cardiovasculares.

Elegibilidad: Las situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y contraíndican el uso de AHC están recogidas en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS, edición 2015.

- Trombofilia hereditaria.
- ETV.
- Anticuerpos antifosfolipídicos.
- Cirugía mayor e inmovilización prolongada.
- Migrañas con aura.
- Hepatitis aguda.
- Tumores hepáticos benignos.
- Uso de anticonvulsivos: fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, oxcarbazepina, lamotrigina en monoterapia. Tratamiento con rifampicina y rifabutina. Uso de hierba de San Juan.
- Primeras 3 semanas postparto (pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto).
- Durante los 6 primeros meses de lactancia materna.

Efectos no deseables: Incremento de peso en adolescentes que presentan una especial sensibilidad al efecto anabolizante de estos preparados, náuseas y vómitos, sangrados intermedios, cloasma y cambios en la libido y en el humor.

El doble método en la adolescencia es muy recomendable. Consiste en la utilización del preservativo junto con otro método, generalmente hormonal, que persigue conseguir protección frente a ITS y una mayor eficacia anticonceptiva

Los métodos recomendados en la adolescencia son además del preservativo, la AHC y la ASG que pueden ser utilizadas desde la menarquia ya que no interfieren con la maduración del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico

Disponemos de varias formulaciones: píldora, anillo vaginal y parche que están sujetos a los mismos criterios de elegibilidad.

Anticoncepción hormonal con solo progestágenos:

Indicaciones: Es una buena alternativa cuando existen contraindicaciones para el uso de la anticoncepción hormonal combinada o produce efectos secundarios o bien se prefieren métodos de larga duración o sin problemas de cumplimiento como el implante.

Seguridad: Es un método muy seguro.

Elegibilidad: Tal y como recoge el documento "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" en su edición 2015, no es un método elegible si la adolescente presenta:

- Tumor hepático.
- Anticuerpos antifosfolípidicos.
- ETV.
- Tratamiento con ritonavir, carbamacepina, fenitoina, primidona, barbitúricos, topiramato, oxcarbacepina, rifampicina, rifabutina y hierba de San Juan.

Efectos no deseables: alteración del patrón menstrual y en el caso de la inyección trimestral incremento del peso.

Disponemos de varias formulaciones: píldora con solo gestágenos de toma diaria e ininterumpida, inyección trimestral e implante anticonceptivo de 3 años de duración.

La inyección trimestral de acetato de medroxiprogesterona (Depo-Progevera, financiada) impide adquirir masa ósea a las adolescentes menores de 18 años. Se desconoce si ésta pérdida impide a las adolescentes alcanzar su potencial pico de masa ósea, por lo que se utilizará en mayores de 18 años y siempre que otro método no sea elegible.

DIU

Presenta la ventaja de ser un método de larga duración, eficaz y que no requiere cumplimiento. Puede ser una buena elección en adolescentes con hijos que mantienen relaciones sexuales estables y en aquellos casos en que la adolescente no desee usar métodos hormonales ni de barrera y no requiera protección frente a ITS.

Es muy poco usado en nuestro medio en adolescentes, a pesar de ser un método recomendado por su eficacia y larga duración por la American Academy of Pediatrics, la OMS, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y otras organizaciones muy preocupadas por la frecuencia de los embarazos no deseados en este grupo de edad. En nuestro país, con una frecuencia muy inferior, pesan más los riesgos del método por lo que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Contracepción (SEC) recomiendan que se utilice solo si otro método no es elegible.

"Al hacer la historia la adolescente nos ha explicado que sus reglas son regulares pero dolorosas el primer y segundo día, de seis días de duración y abundantes. En ocasiones no puede acudir al instituto o tiene que cambiar de planes de ocio por ello".

¿Qué debemos saber?

La anticoncepción hormonal tiene efectos beneficiosos sobre problemas que afectan con cierta frecuencia a las adolescentes:

- Hemorragia de privación regular, más corta y menos abundante que el sangrado menstrual con disminución de anemias feropénicas.
- Alivio de la dismenorrea.
- Mejoría del acné y del hirsutismo (AHC).
- Reduce la incidencia de quistes ováricos funcionales y de patología benigna de la mama. (AHC).

Inicialmente es preferible el uso de AHC ya que la ASP presenta un patrón de sangrado menstrual muy variable (sangrado escaso y prolongado, sangrado esporádico e impredecible, amenorrea...).

El DIU es un método de larga duración, eficaz y poco utilizado en nuestro país

La anticoncepción hormonal tiene efectos beneficiosos sobre problemas que afectan con cierta frecuencia a las adolescentes: hemorragias abundantes, dismenorrea, mejora acné e hirsutismo, etc.

En el sangrado menstrual excesivo y el dolor menstrual están indicados los anticonceptivos orales

¿Qué podemos decirle?

Podemos explicarle que el sangrado menstrual excesivo y el dolor menstrual pueden aliviarse e incluso desaparecer con el uso de la anticoncepción hormonal que le ofrecería además una gran protección anticonceptiva.

Podría utilizar píldora anticonceptiva que está financiada por el SNS. Su uso es sencillo pero requiere no tener olvidos. Tomaría la primera píldora entre el primer y el quinto día de su próxima regla y a continuación tendría que tomar una píldora diaria durante 21 días consecutivos, con una pausa sin tratamiento de 7 días. En este intervalo se producirá una hemorragia de privación. Al octavo día se reinicia la toma de la píldora y así sucesivamente. Si prefiriese una toma continua para evitar olvidos se dispone de preparados de 28 días con las 7 últimas píldoras de placebo.

También podría utilizar el anillo anticonceptivo, que no está financiado. Algunas adolescentes lo encuentran más cómodo y con menos riesgo de olvidos que la píldora diaria. Para iniciar su uso, el anillo se comprime entre los dedos y se introduce completamente en la vagina entre el día 1 y 5 de un sangrado menstrual. No es necesario conseguir una posición determinada del anillo en la vagina, pero una vez colocado no debe notarse. Se mantiene durante tres semanas y se retira traccionando con el dedo índice de la parte más accesible del anillo. Transcurrida una semana sin anillo, en la que aparece un sangrado por privación, se colocará otro.

Puede elegir también el parche anticonceptivo que tampoco está financiado. El primer parche se aplica el primer día de sangrado de un ciclo 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, evitando la colocación sobre las mamas, porque la alta concentración local de estrógeno puede ocasionar tensión mamaria.

Manejo clínico de la AHC

Para indicar este método solo es necesario realizar una historia clínica para descartar aquellas situaciones clínicas, enumeradas anteriormente, que lo hacen no elegible.

Es una buena práctica tomar la tensión arterial, aunque en estas edades es muy infrecuente la hipertensión y pesar a la adolescente para tener una referencia frente a posibles cambios en el peso durante el uso del método.

La exploración en adolescentes sin problemas ginecológicos es totalmente innecesaria y contraproducente.

De primera elección es la combinación que contiene 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel (financiada). No se recomienda utilizar preparados con dosis más bajas de 30 microgramos de etinilestradiol para evitar un efecto negativo sobre la masa ósea. El preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de norgestimato (financiado) es de elección cuando con el preparado anterior hay un mal control del ciclo o si la adolescente presenta acné o hirsutismo. Si la afectación es importante puede usarse un preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 2 mg de acetato de ciproterona (financiado) que se suspenderá tres meses después de obtener mejoría, continuando con otras píldoras con norgestimato.

Las píldoras que contienen drospirenona, gestodeno o desogestrel deben considerarse de segunda línea y utilizarse solo en casos de efectos adversos con los otros preparados, tales como cefalea, depresión, aumento de peso o síntomas mamarios.

Debe proporcionarse un consejo pormenorizado verbal y escrito sobre cómo se usan e instrucciones sobre qué hacer en caso de olvidos y vómitos o diarrea en las dos horas siguientes a la toma.

Se le dará una cita de seguimiento transcurridos 3 meses y la posibilidad de contactar ante cualquier dificultad o duda que pueda surgir.

“Transcurridos 3 meses, acude a la cita programada de seguimiento. Esta vez, acompañada de su madre a la que ha contado su relación. Refiere que sus reglas son mucho más cortas, menos abundantes y no dolorosas. Cree que la píldora le ha venido muy bien y no ha necesitado quedarse en cama, ni recurrir

En los AHC orales no se deben utilizar preparados con dosis más bajas de 30 mcg de etinilestradiol, para evitar el efecto negativo sobre la masa ósea

a antiinflamatorios. Su madre comenta que tiene que estar muy pendiente para evitar que se le olvide tomarla y pregunta por el implante anticonceptivo”.

¿Qué debemos saber?

El implante anticonceptivo consiste en una varilla flexible radiopaca que contiene un progestágeno y que se inserta en la cara interna del brazo no dominante (financiado).

Indicaciones: Adolescentes que requieren un método anticonceptivo de larga duración, muy eficaz y que no desean o no son buenas candidatas al uso de otros métodos hormonales por falta de cumplimiento, trastornos de conducta, enfermedad mental, diversidad funcional, etc.

Seguridad: Puede usarse sin restricciones entre la menarquia y los 18 años, ya que no parece afectar la DMO.

Eficacia: Es muy elevada, pero puede disminuir si se utilizan fármacos inductores enzimáticos como la rifampicina o anticonvulsivos y sustancias como la hierba de San Juan. Esta eficacia se mantiene tres años, tras los cuales debe procederse a su extracción y, si se desea, a la colocación de un nuevo implante a través de la misma incisión.

¿Qué podemos decirle?

Que es un método seguro y eficaz, pero que va a producir un cambio impredecible en su patrón menstrual. Algunas adolescentes presentarán amenorrea, otras reglas escasas e irregulares y algunas sangrados prolongados. Estos cambios no tiene ningún significado patológico, aunque pueden obligar a retirar el implante. Por otra parte, no suele producir cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido, pero pueden darse.

La colocación y la retirada es sencilla y prácticamente indolora porque se utiliza un anestésico local. A los 3 años decae su eficacia anticonceptiva por lo que debe cambiarse o pasar a utilizar otro método.

Manejo clínico

De igual manera que con la AHC, para indicar este método solo es necesario realizar una historia clínica para descartar causas de no elegibilidad. La toma de la TA no es necesaria, pero sí es conveniente conocer el peso de la adolescente.

El implante se inserta por parte de personal médico o de enfermería (matronas) entrenado, en la cara interna del brazo no dominante, en los 5 primeros días del ciclo.

Se advertirá sobre las interacciones medicamentosas ya comentadas.

Se ofrecerá una cita de seguimiento transcurridos tres meses para conocer si se han producido cambios en el patrón menstrual, su aceptación y la aparición de cualquier otro efecto secundario.

Bibliografía

1. Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; XVII(3): 171-184.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la Juventud en España. 2012. Disponible en: www.injuve.es/observatorio
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Policy statement: contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134:e1244-56.
4. Grubb LK, Beyda RM, Eissa MA, Benjamins LJ. A Contraception Quality Improvement Initiative with Detained Young Women: Counseling, Initiation, and Utilization. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018 Jan 27. pii: S1083-3188(18)30010-X. doi: 10.1016/j.jpog.2018.01.002.
5. 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.*
6. Bonny AE, Lange HL, Gomez-Lobo V Hormonal contraceptive agents: a need for pediatric-specific studies. *Pediatrics*. 2015;135:4-6.
7. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134:e1257-81.
8. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Apr;48:115-127. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010.

El implante anticonceptivo es un método de larga duración y eficaz, principalmente en situaciones de enfermedad mental o trastornos de conducta

El implante se inserta por parte de personal médico o de enfermería (matronas) entrenado, en la cara interna del brazo no dominante, en los 5 primeros días del ciclo