

Anticoncepción en la adolescencia

C. Quintana Pantaleón

Especialista en Obstetricia y Ginecología. Médica Adjunta del Hospital Sierrallana del Servicio Cántabro de Salud. Torrelavega. Cantabria



Resumen

Muchos adolescentes inician y mantienen relaciones sexuales coitales. Pero, en ocasiones, no están suficientemente preparados para unas relaciones interpersonales tan íntimas, ni para adoptar en todo momento, una conducta sexual responsable. Las dificultades emocionales, los engaños, los problemas de comunicación, las relaciones sexuales no gratificantes, los embarazos no deseados, con su correlato de abandono de estudios o proyectos vitales e interrupciones voluntarias de embarazo y las infecciones de transmisión sexual, serán el lado oscuro de su recién estrenada vida sexual adulta. Los pediatras como profesionales de la salud, pueden contribuir a que chicas y chicos disfruten de una sexualidad segura y placentera, basada en relaciones de igualdad y de respeto, facilitando espacios de escucha empática y favoreciendo la toma de decisiones responsables. Para ello, deben ayudarles a descubrir cómo quieren vivir su sexualidad y relacionarse con sus parejas, apoyando sus decisiones. Pero también, deben poder ofrecer asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y ayudarles a elegir aquellos que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias.

Abstract

Many teenagers initiate and maintain coital sexual relations. However, sometimes they are not sufficiently prepared for the intimacy of such relationships, and are not capable of maintaining a responsible sexual conduct. The dark side of their newly discovered sexual life can take the form of emotional difficulties, disillusion, communication issues, unfulfilling sexual experiences, sexually transmitted diseases (STDs), and unwanted pregnancies - which can lead to secondary effects such as dropping out of school, the abandonment of their life projects, as well as the voluntary interruption of the pregnancy. Pediatricians, as health care professionals, can contribute to young boys and girls' enjoyment of a safe and pleasant sexuality based on respect and equality by creating safe spaces where the teenagers feel they are being heard, not judged, and they are encouraged to make responsible choices. In order to achieve this, pediatricians ought to help them discover how they wish to enjoy their sexuality and develop their relationships, and support their decisions. They also have to be able to offer advice on contraceptive methods and prevention of sexually transmitted diseases; helping them choose the solutions that best fit their needs and preferences.

Palabras clave: Anticoncepción en la adolescencia; Menor maduro; Criterios de elegibilidad médica de los métodos anticonceptivos; Doble método en anticoncepción; Anticoncepción de emergencia.

Key words: Contraception for adolescents; The mature minor; Medical eligibility criteria for contraceptive use; Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections; Emergency contraception.

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 312–322

Introducción

La anticoncepción en la adolescencia presenta peculiaridades. La primera cuestión que se plantean muchos profesionales es si pueden abordar con los adolescentes menores de edad este tema sin la presencia de

sus padres o tutores. También pueden preguntarse acerca de los límites de la confidencialidad a la que están obligados y sobre cómo ofrecer consejo contraceptivo. Además, pueden tener dudas acerca de la seguridad del uso de métodos hormonales en las más jóvenes o de los dispositivos intrauterinos en chicas

que no han tenido hijos y recelos ante la controversia en el uso de la píldora postcoital. Por otra parte, la mayoría de las adolescentes están sanas, lo que favorece la elegibilidad médica de los métodos disponibles, que, en general, solo deben adaptarse a las preferencias de la adolescente.

Aspectos éticos y legales de la anticoncepción en la adolescencia

La ley básica reguladora de la autonomía del paciente establece la mayoría de edad médica en los 16 años y, además, reconoce a los menores de 16 años “maduros” el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido y eficaz.

A partir de los 16 años, el consentimiento paterno por representación, solo es preciso cuando el o la adolescente quieren participar en un ensayo clínico o solicitan someterse a técnicas de reproducción asistida o a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y, a criterio del facultativo, en actuaciones de grave riesgo para la vida o la salud. La ley, además, reconoce a los menores de 16 años si son “maduros” el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización y la capacidad para prestar un consentimiento válido. La valoración de dicha “madurez” corresponde a los profesionales médicos. En el ámbito que nos ocupa, la mera solicitud de un método anticonceptivo, incluida la píldora postcoital, demuestra responsabilidad y suficiente madurez.

Cuando se atiende a adolescentes menores de 16 años que no acuden acompañados de sus padres o tutores, conviene recoger en la historia clínica: que se ha comprobado su madurez, que el método que han decidido utilizar es elegible médicamente y que se les ha aconsejado que informen a sus padres o tutores de que mantienen relaciones sexuales y van a utilizar un determinado anticonceptivo^(1,2). Por otra parte, el respeto a la confidencialidad y a las decisiones de los adolescentes menores maduros son aspectos claves de buena práctica que deben expresamente garantizarse a los adolescentes.

Debe tenerse en cuenta que la reciente reforma del Código Penal ha elevado la edad de consentimiento sexual de los 13 a los 16 años, para proteger a los menores de abusos sexuales. Esta disposición no afecta a las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes y jóvenes, ya que no se consideran abuso si son consentidas y se mantienen con una persona próxima a la menor, por edad y grado de desarrollo y madurez.

La elección del método anticonceptivo

La elección de un método anticonceptivo requiere de un cuidadoso consejo contraceptivo. Es necesario conocer las ventajas e inconvenientes y los criterios médicos de elegibilidad de los distintos métodos anticonceptivos, así como recomendar la doble protección.

La demanda de un método anticonceptivo requiere un abordaje algo diferente al de los motivos habituales de consulta. Para atenderla es necesario establecer un diálogo y un proceso asistencial denominado consejo contraceptivo que pretende:

- Conocer las necesidades anticonceptivas de la adolescente o de la pareja, que serán diferentes dependiendo de la frecuencia de relaciones, de si existe o no riesgo de ITS, de la confianza que exista en la pareja, del grado de implicación del chico, etc. Es importante también identificar valores y creencias sobre la sexualidad, la anticoncepción, la eventualidad de un embarazo no deseado, etc., y sus preferencias y opiniones acerca de los diferentes métodos. Conviene prestar atención a posibles demandas ocultas (ambivalencia con el hecho de ser sexualmente activo, malestar por relaciones asimétricas, maltrato, coacción o dificultades en la negociación del método, desconocimiento de la técnica sexual con relaciones no placenteras, etc.).
- Identificar características personales de los adolescentes que deban ser tomadas en cuenta para elegir el método más adecuado (metódica, rechazo a fármacos, apoyo familiar, trabajo nocturno...).
- Valorar el estado de salud para descartar posibles condiciones médicas que afecten a la elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. La guía “*Medical eligibility criteria for contraceptive use*” de la OMS, disponible en Internet, proporciona una orientación clara y actualizada sobre las situaciones de salud que pueden desaconsejar el uso de un determinado método⁽³⁾.
- Preguntar sobre problemas, como: sangrado menstrual excesivo, oligomenorrea, dismenorrea, acné o hir-

sutismo, que pueden beneficiarse del uso de anticoncepción hormonal.

- Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos, informando sobre su eficacia, forma de uso, relación con el coito, precio, etc., para poder elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad⁽⁴⁾. Recomendar la doble protección; es decir, el uso del preservativo para prevenir ITS y de otro método, generalmente hormonal, para aumentar la eficacia anticonceptiva. Está recomendación ocupa un espacio muy importante en el consejo contraceptivo de los adolescentes. La razón por la que los adolescentes utilizan métodos anticonceptivos es la prevención del embarazo. Pocos consideran que, además, sea necesario prevenir las ITS. Sin embargo, las relaciones sexuales coitales sin protección con métodos de barrera, exponen al riesgo de contraer infecciones por: herpes, clamidia, tricomonas, gonococo, papilomavirus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix y VIH, entre otras. Además, la doble protección fomenta la responsabilidad individual, tanto de chicas como de chicos, sobre la propia fertilidad⁽⁵⁾.
- Proporcionar información sobre el correcto uso del método elegido, el manejo de eventualidades (rotura, olvidos, vómitos, uso de otros fármacos) y los efectos secundarios posibles.
- Ayudar a la elección del método.
- Proponer un seguimiento, ya que la elección de un método contraceptivo debe seguirse de una adecuada supervisión y de la posibilidad de un acceso rápido, si se produce cualquier problema o surge alguna duda.

Métodos anticonceptivos en la adolescencia

Preservativo

Especialmente indicado en la adolescencia, en uso exclusivo o junto con otro método, para evitar embarazos no deseados e ITS⁽⁶⁾.

Es el método más utilizado por los adolescentes al inicio de sus relaciones sexuales. Lo utilizan como un método

de transición que tienden a sustituir por los métodos hormonales en cuanto consideran que su relación es estable, olvidando la prevención de las ITS. Actualmente, se dispone de una amplísima oferta de preservativos de diferentes tallas, espesores, formas, texturas e incluso colores y sabores que permite disponer del tipo que mejor se adapte a cada adolescente.

Indicaciones

Las relaciones sexuales imprevistas o esporádicas son frecuentes en la adolescencia, así como los cambios de pareja, por lo que el preservativo es un método muy adecuado. Su eficacia anticonceptiva, si es bien utilizado, es alta y reduce el riesgo de transmisión del HIV, sífilis, clamidia trachomatis, gonococia, trichomonas vaginalis, herpes genital, papilomavirus y hepatitis B.

Seguridad

Es un método muy seguro sin prácticamente efectos desfavorables sobre la salud.

Eficacia

La tasa de embarazo es de 2 a 12 gestaciones por cada 100 chicas que los utilicen durante un año. Esta eficacia tan variable va a depender de cómo se utilice el preservativo. Por eso, aunque su uso parezca muy fácil, hay que explicar cómo debe utilizarse. Conviene comprar los preservativos en establecimientos garantizados o marcas de prestigio en Internet. En el momento del uso, se comprobará su fecha de caducidad y se abrirá el envoltorio sin utilizar ningún instrumento cortante para no dañarlo. Idealmente, debe utilizarse desde el inicio de la erección, colocando el pequeño anillo en el que está enroscado hacia el exterior; de lo contrario, se estaría poniendo al revés, no se desenrollaría con facilidad y podría romperse. Es conveniente pinzar el extremo del condón, mientras se desenrolla sobre el pene, para que quede libre de aire un espacio que servirá para recoger el semen. Si se utilizan lubricantes deben ser hidrosolubles, para no dañar los preservativos. Después de la eyaculación, es conveniente retirar cuidadosamente el pene, mientras todavía está erecto, sujetando la parte superior del preservativo para evitar la salida del esperma

o que quede retenido en la vagina. Debe cerrarse el preservativo con un nudo y comprobar siempre su integridad.

Dificultades

Algunos adolescentes son muy reticentes al uso del preservativo. Conviene abordar sus dificultades y proponer soluciones a los problemas concretos que planteen:

- Alergia al látex: se dispone de preservativos libres de látex fabricados con poliuretano o resinas sintéticas. Su tasa de rotura es superior, así como su coste.
- Incomodidad, sensación de estrangulamiento, el preservativo no llega hasta la base del pene: se necesita una talla más grande.
- Se arruga, sobra en la base del pene, tiende a salirse o se enrolla durante la relación: el preservativo es demasiado grande.
- Disminución de la sensibilidad: puede probarse con preservativos extrafinos o bien con preservativos sin látex que interfieren menos con la sensibilidad y transmiten mejor la temperatura corporal.
- Pérdida de espontaneidad, interrupción de la relación: proponer que la colocación sea integrada en el juego sexual.
- Dificultad para negociar su uso. Preparar con la adolescente las frases más adecuadas para proponerlo y defender su utilización.
- No disponibilidad del preservativo: recomendar a los adolescentes que dispongan de preservativos ante la menor posibilidad de mantener un encuentro sexual y que, en caso contrario, eviten las relaciones con penetración.

Advertencias

- El uso de cremas y óvulos para el tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica altera los preservativos. Es preferible la utilización de antifúngicos orales o evitar relaciones sexuales con penetración, mientras dure el tratamiento.
- Los preservativos tienen una tasa de rotura que oscila entre 0,5-3%. Si la rotura se produce antes de la eyaculación, obviamente debe cambiarse. Si se comprueba después, se recomienda la anticoncepción postcoital

de emergencia independientemente del momento del ciclo menstrual.

- Dada la frecuencia de rotura y de inconsistencia en el uso de este método, es conveniente proporcionar una dosis de anticoncepción postcoital a todas las adolescentes usuarias. Se ha comprobado que disponer de esta píldora no incrementa las conductas sexuales de riesgo.

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Este método es recomendable por su alta eficacia en adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Además, la AHC es el tratamiento de elección en casos de dismenorrea importante, problemas de sangrado menstrual excesivo, síndrome de ovario poliquístico, acné o hirsutismo.

La anticoncepción hormonal combinada (AHC) asocia un estrógeno, el etinilestradiol, a un progestágeno, que varía según los diferentes preparados disponibles. A pesar de que ha existido preocupación acerca de una posible interferencia con el proceso de maduración del eje hipotálamo-hipofisario, hoy existe evidencia de que puede utilizarse desde la menarquia⁽³⁾.

Indicaciones

Son una buena elección para adolescentes que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Pueden ofrecer, además, ventajas adicionales en casos de: dismenorrea, sangrado menstrual excesivo, acné, hirsutismo y síndrome de ovario poliquístico, trastornos relativamente frecuentes en la adolescencia.

Eficacia

Es muy elevada si se utilizan bien, con una tasa de 0,3 embarazos por 100 mujeres que los utilicen de forma perfecta durante un año. Sin embargo, en la práctica, la tasa puede elevarse hasta 9 embarazos.

Seguridad

El uso de AHC es muy seguro en la adolescencia, debido a que raramente a esta edad concurren enfermedades que la contraindiquen su uso. Sin embargo,

siempre, a cualquier edad, deben descartarse situaciones en las que el uso de estos preparados pueden estar contraindicados. Las condiciones de no elegibilidad médica de este método, que pueden darse en la adolescencia son las siguientes⁽³⁾:

- Mutaciones trombogénicas (factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina).
- Historia de enfermedad tromboembólica (ETV). Los trastornos venosos superficiales, varices y tromboflebitis superficial, no contraindican el uso de AHC.
- Anticuerpos antifosfolípidicos, ya que están asociados con un mayor riesgo de trombosis arterial y venosa.
- La cirugía mayor y la inmovilización prolongada contraindican solo temporalmente los AHC.
- Migrañas con aura por un riesgo más alto de accidente cerebrovascular.
- Hepatitis aguda.
- Tumores hepáticos benignos.
- Uso de anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina) que pueden disminuir la efectividad de los AHC.
- Tratamiento con lamotrigina en monoterapia, ya que los AHC disminuyen los niveles del antiepiléptico y pueden aumentar la actividad comicial.
- Tratamiento con rifampicina y rifabutin, que pueden disminuir la efectividad de los AHC. A pesar de la creencia generalizada, el resto de los antibióticos, así como los antifúngicos y antiparasitarios no afectan la efectividad anticonceptiva de los AHC.
- Uso de hierba de San Juan, por su efecto de inducción enzimática con disminución de la eficacia anticonceptiva.
- Primeras 3 semanas postparto en mujeres no lactantes, por el riesgo incrementado de ETV en el puerperio. Sin embargo, pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto.
- Durante los 6 primeros meses de lactancia materna.

Efectos beneficiosos adicionales

Los AHC, además de prevenir con eficacia los embarazos no deseados,

son útiles para tratar problemas o trastornos muy frecuentes a estas edades, tales como: dismenorrea esencial que no responde a antiinflamatorios, sangrado menstrual excesivo o frecuente, amenorrea y oligomenorrea, acné e hirsutismo.

Además, el uso de AHC reduce en un 50-75% la patología benigna de la mama, disminuye la incidencia de quistes ováricos funcionales y tumores ováricos benignos, confiere cierta protección frente a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y reduce en un 50% el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, prolongándose esta protección más de 15 años después de interrumpir su uso.

La AHC puede ser también útil para administrar estrógenos en casos de amenorrea central por anorexia nerviosa o ejercicio excesivo, para evitar el sangrado menstrual en casos de competiciones deportivas, viajes y exámenes y para tratar las cefaleas menstruales.

Efectos no deseables

A las adolescentes les preocupa, sobre todo, la posibilidad de ganar peso con el uso de AHC. Aunque los estudios indican que la proporción de mujeres que pierden o ganan peso es semejante, adolescentes concretas, muy sensibles al efecto anabolizante de estos preparados, pueden incrementar de forma importante su índice de masa corporal con estos preparados. Otros efectos indeseables son:

- Náuseas y vómitos que suelen desaparecer tras unos pocos ciclos. Pueden minimizarse si la píldora se toma al acostarse.
- Sangrados intermedios, que suelen desaparecer espontáneamente en el transcurso de los primeros ciclos. En menos del 2% de los casos, puede aparecer amenorrea. Generalmente, es secundaria a atrofia del endometrio, pero debe descartarse la posibilidad de un embarazo.
- Cloasma. Conviene recomendar el uso de un fotoprotector.
- Cambios en la libido y en el humor.

Prescripción

La AHC puede ser indicada por pediatras y médicos de familia. En adolescentes sin factores de riesgo, sanas y sin quejas ginecológicas, no está indicado realizar exploraciones pélvicas, ni

analítica⁽⁷⁾. Solo se necesita realizar una buena historia clínica para descartar las condiciones de no elegibilidad médica ya reseñadas y proporcionar un consejo pormenorizado sobre cómo usar el método. Conviene también determinar la tensión arterial y pesar a la adolescente.

Preparados disponibles

Píldoras

Se dispone de múltiples marcas:

- 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. Además, estas dosis bajas pueden necesitar, para mantener su eficacia anticonceptiva, un mejor cumplimiento terapéutico del que suele ser habitual entre las adolescentes. Por otra parte, el uso de píldoras con progestágenos distintos al levonorgestrel se asocia a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.
- El preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de norgestimato (financiado) es de elección, cuando la adolescente presenta acné o hirsutismo o cuando con el preparado anterior hay un mal control del ciclo.
- Si existen manifestaciones androgénicas importantes (acné, hirsutismo) 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 como progestágenos 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.

Suele recomendarse iniciar el tratamiento entre el primer y el quinto día de un sangrado menstrual, pero si existe razonable certeza de que la adolescente no está embarazada y no se considera conveniente retrasar la protección anticonceptiva, puede comenzar la toma de la píldora en el momento de la pres-

Tabla I. Recomendaciones ante el olvido de píldora combinada**Si se olvida una píldora**

- Tomarla cuanto antes, lo que puede suponer tomar dos píldoras en el mismo día o al mismo tiempo
- Seguir con el envase normalmente sin tomar medidas anticonceptivas adicionales

Si se olvida la toma de dos píldoras consecutivas

- Tomar, cuanto antes, una de las píldoras olvidadas, lo que puede suponer tomar dos píldoras en el mismo día o al mismo tiempo
- Continuar con el envase normalmente
- Tomar precauciones anticonceptivas adicionales durante los 7 días siguientes por el riesgo de que se produzca un escape ovulatorio
- Además:
 - Si el olvido se ha producido en la primera semana de tratamiento y se han mantenido relaciones sexuales, tomar una píldora postcoital de levonorgestrel (la postcoital con acetato de ulipristal puede reducir la eficacia anticonceptiva de la AHC)
 - Si el olvido se produjo en la tercera semana de tratamiento, se comenzará el envase siguiente sin respetar el intervalo de descanso o desechando las píldoras placebo

cripción. Una alternativa es el *Sunday Start*. La adolescente comenzará la toma el primer domingo después del inicio de su regla, así se evita que las sucesivas hemorragias de privación se produzcan durante los fines de semana. Si la adolescente comienza a tomar la píldora con posterioridad al quinto día de su ciclo, necesitará usar protección anticonceptiva adicional hasta haber tomado 7 píldoras⁽⁸⁾. A continuación, se tomará una píldora diaria durante 21 días consecutivos, seguido de una pausa sin tratamiento de siete días durante los que se mantiene la protección anticonceptiva. En este intervalo se producirá una hemorragia de privación, que tenderá a ser de menor cuantía y menos dolorosa que las reglas habituales. Algunas adolescentes pueden preferir presentaciones con 28 comprimidos, en las que los 7 últimos son placebo, para evitar olvidos.

En ciertas circunstancias: hemorragias de privación abundantes, dismenorrea que no se alivia suficientemente, cefalea menstrual, síndrome premenstrual, conveniencia personal (competiciones deportivas, exámenes, viajes, etc.), puede recomendarse la toma de 42, 63 o 84 píldoras consecutivas, según prefiera o se considere más oportuno (2, 3 o 4 envases de un preparado con 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel) seguidas de un intervalo libre de 7 días⁽⁹⁾.

Para mejorar el cumplimiento, conviene dar verbalmente y por escrito

instrucciones concretas sobre qué hacer cuando se producen olvidos, ya que son muy frecuentes (Tabla I).

Si aparecieran vómitos o diarrea en las dos horas siguientes a la toma, se recomendará tomar una píldora adicional. Si el problema persistiera se utilizarán medidas contraceptivas adicionales durante siete días.

Anillo vaginal

Se dispone de un anillo vaginal hormonal que libera 15 mcg de etinilestradiol y 0,12 mg etonogestrel diarios y que no contiene látex⁽¹⁰⁾. Su eficacia es similar y las condiciones de elegibilidad son las mismas que la AHC oral⁽³⁾.

Indicaciones

Adolescentes que desean un método hormonal, pero que consideran incómoda la toma de una píldora diaria o tienen olvidos frecuentes.

Este método evita el primer paso hepático, presenta una tasa de liberación constante y no se ve afectado por alteraciones gastrointestinales, pero se desconoce si estas teóricas ventajas de la vía vaginal confieren beneficios clínicos. Tampoco se conoce el riesgo comparativo de ETV frente a la vía oral.

Puede producir sensación de cuerpo extraño, molestias durante el coito, leucorrea, mal olor vaginal y expulsarse espontáneamente. A pesar de ello, algunas adolescentes y jóvenes encuentran este sistema más cómodo y con menos

posibilidad de olvidos que la toma diaria de píldoras. Resulta mucho más caro, ya que no está financiado.

Para iniciar su uso, el anillo se coloca en la vagina entre el día 1 y 5 de un sangrado menstrual. La inserción es sencilla: el anillo se comprime entre los dedos y se introduce completamente en la vagina. No es necesario conseguir una posición determinada del anillo en la vagina, pero una vez colocado no debe notarse. Se mantendrá así colocado durante tres semanas, retirándolo al finalizar ese periodo de tiempo, el mismo día de la semana en que fue insertado. Para retirarlo, se tracciona 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 el mismo día de la semana en que se colocó el anterior. En el primer ciclo de uso de este método se recomienda utilizar alguna precaución anticonceptiva adicional durante los 7 primeros días. Es conveniente también comprobar regularmente que permanece en la vagina.

Se desaconseja retirarlo durante el coito, pero si se hace, deben evitarse intervalos sin anillo de más de tres horas o más de una vez por ciclo, porque la eficacia puede verse afectada y deberá utilizarse un método anticonceptivo adicional de 7 días. Antes de recolocar el anillo es conveniente lavarlo con agua fría o tibia (no caliente). Se recomienda explicar y facilitar, por escrito, instruc-

Tabla II. Recomendaciones ante olvidos en el uso del anillo anticonceptivo**Olvidos en la retirada del anillo**

- Si no han transcurrido más de 4 semanas, debe extraerse, respetarse una semana de descanso y, a continuación, colocarse otro
- Si transcurren más de 4 semanas, extraerlo, colocar un nuevo anillo y utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días

Olvido en la colocación de un nuevo anillo, transcurridos los 7 días libres

- Colocarlos cuanto antes y utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días

ciones sobre qué hacer en caso de olvidos o retrasos en el recambio (Tabla II).

El uso de óvulos antimicóticos no parece afectar la eficacia contraceptiva, pero puede aumentar las posibilidades de rotura del anillo.

Parche anticonceptivo

Es un método transdérmico que libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromina diariamente⁽¹¹⁾.

Su eficacia es similar a la de la píldora combinada, pero se ve influida por la correcta adhesión a la piel y se considera que puede ser menor en mujeres obesas (peso > 90 kg).

Indicaciones

Adolescentes que desean usar un método hormonal, pero encuentran inconvenientes en el uso de la píldora y el anillo vaginal. La aceptabilidad de este método en este grupo de edad no es alta por la visibilidad del parche y por la posibilidad de despegamiento con el ejercicio físico.

Los criterios de elegibilidad son similares a los de la píldora combinada o el anillo, aunque parece asociarse a un mayor riesgo de ETV. No se ve afectado por alteraciones gastrointestinales, pero puede producir reacciones cutáneas leves en el lugar de aplicación que disminuyen con el tiempo y *spotting*, hemorragias y tensión mamaria durante los primeros meses con mayor frecuencia que los preparados orales. El sangrado de privación es más prolongado que con la píldora.

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, parte alta del tórax. Se evitará la colocación sobre las mamas, porque la alta concentración local de estrógeno puede ocasionar tensión mamaria. Si se comienza su uso en otro momento del ciclo, se recomendará utilizar un método adicional durante 7 días.

La adolescente debe saber qué hacer si se produce un retraso en la aplicación de los parches, por lo que se le facilitarán instrucciones verbalmente y por escrito (Tabla III).

Tabla III. Recomendaciones ante olvidos y despegamiento del parche anticonceptivo

Olvidos en la colocación

- Del primer parche de un ciclo: colocarlo cuanto antes, usar un método anticonceptivo adicional 7 días, y cambiar el día de aplicación
- Inferior a las 48 horas en el segundo o tercer parche: no es necesario una anticoncepción adicional ni modificar el día de cambio del parche
- Superior a las 48 horas en el segundo o tercer parche: utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días y cambiar el día de aplicación. Si se han mantenido relaciones sexuales, tomar una píldora postcoital con levonorgestrel
- Retraso en retirar el tercer parche: quitar en cuanto se recuerde y no modificar el día de aplicación

Despegamientos

- Si se ha despegado menos de 24 horas: recolocar si no ha perdido su adhesividad o colocar un parche nuevo
- Si se ha despegado durante más de 24 horas: colocarse otro parche, cambiar día de cambio y usar un método adicional 7 días

Controles sucesivos

Son necesarios fundamentalmente para mejorar el cumplimiento terapéutico y el nivel de información de la adolescente y su pareja. Resulta muy conveniente ofrecer la posibilidad de una consulta telefónica ante cualquier duda o problema y siempre antes de suspender el método. Se realizará un primer control en consulta a los 3-6 meses para valorar los posibles efectos secundarios, comprobar el uso adecuado y aclarar cualquier duda. Los siguientes controles se fijarán según las necesidades. Se recomienda la toma de TA con cierta periodicidad (1-2 años).

Anticoncepción hormonal con solo progestágenos (ASG)

Son una buena alternativa cuando la AHC no es elegible, produce efectos secundarios o se prefieren métodos de larga duración, como el implante anticonceptivo que no tiene problemas de cumplimiento y la inyección trimestral.

Los anticonceptivos que contienen solo gestágenos⁽¹²⁾ son de elección para adolescentes con alguna contraindicación a los métodos combinados con estrógenos, y para aquellas que presentan efectos adversos con la AHC, como: náuseas, retención de líquidos, cefalea, cambios de humor, depresión, disminución de la libido o que están lactando. Estos anticonceptivos se utilizan de forma continuada. No inducen una hemorragia de privación similar al sangrado menstrual, como hacen los AHC. Producen, por el contrario, un

patrón muy variable e impredecible de sangrado: sangrado regular, sangrado frecuente, sangrado prolongado o bien sangrado infrecuente a amenorrea. Es muy importante advertir a la adolescente de estos cambios y explicar con claridad que no suponen ningún problema para la salud.

Pueden ser prescritos por pediatras y médicos de familia, ya que solo se requiere una historia clínica para comprobar su elegibilidad.

Preparados

Píldora con solo gestágeno (POP)

Contiene 75 mcg de desogestrel y está financiada. Frente a la extendida idea de que es un método para usar durante la lactancia, esta píldora puede ser utilizada en cualquier momento de la vida reproductiva.

Indicaciones

Adolescentes que desean utilizar un método hormonal, pero que presentan contraindicaciones al uso de la AHC o efectos secundarios y que no consideran importante el tener un patrón de sangrado menstrual regular y predecible y pueden aceptar una amenorrea.

Eficacia

No existen estudios que comparen su eficacia con la de la AHC, aunque se considera similar.

Seguridad

Es un método muy seguro. Puede utilizarse cuando existen contraindicaciones para el uso de estrógenos:

migraña con aura, historia de ETV, trombofilia genética, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, 21 primeros días postparto, lactancia, etc. Además, no presenta interacción con lamotrigina y no disminuye la densidad mineral ósea. No es un método elegible si la adolescente presenta: un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una ETV o sigue tratamiento con ritonavir, carbamacepina, fenitoína, primidona, barbitúricos, topiramato y oxcarbacepina⁽³⁾.

Se inicia el tratamiento el primer día de una regla. Si se comienza entre el segundo y quinto día del ciclo, se tomarán precauciones anticonceptivas adicionales durante 7 días. Las píldoras se toman diariamente a la misma hora y de forma ininterrumpida: al terminar un envase se inicia otro sin intercalar ningún periodo de descanso. Este método puede iniciarse antes de transcurridas 3 semanas del parto e inmediatamente después de un aborto.

Si se produce un olvido en la toma de menos de 12 horas, se mantiene la eficacia de la POP. Se recomendará tomar el comprimido olvidado tan pronto como se recuerde y el siguiente comprimido a la hora habitual. Si el olvido es de más de 12 horas, además se utilizará otro método anticonceptivo durante 7 días.

Preparado inyectable (DMPA)

Contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona (financiado).

Indicaciones

Adolescentes preferiblemente mayores de 18 años que encuentran cómodo este método o con dificultades para el uso de otros métodos por ausencia de cumplimiento. Especialmente útil en adolescentes en tratamiento antiepiléptico, con discapacidad intelectual, diversidad funcional, trastornos de conducta y enfermedad mental.

Eficacia

Muy elevada.

Seguridad

Es un método muy seguro a esta edad. Puede recomendarse en situaciones en las que la AHC está contraindicada: migraña con aura, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia

genética, historia personal de ETV, lactancia (a partir de las 6 semanas), uso de anticonvulsivos inductores enzimáticos o de rifampicina. No presenta interacción con lamotrigina. No es un método elegible si la adolescente presenta: un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una ETV y, a diferencia de la POP y del implante, tampoco durante las primeras 6 semanas de lactancia⁽³⁾.

La DMPA, al reducir los niveles de estrógenos, reduce la densidad mineral ósea (DMO). Se desconoce si este efecto impide a las adolescentes alcanzar su potencial pico de masa ósea. Por ello, se considera que desde la menarquía a los 18 años, es más conveniente usar otro tipo de anticoncepción. A partir de esa edad no hay restricciones ni en el uso ni en la duración de uso de la DMPA⁽³⁾.

La ampolla de DMPA debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada y se administra mediante inyección intramuscular profunda, preferentemente en el glúteo mayor o en el deltoides, en los cinco primeros de una regla. Se repite la dosis cada 12 semanas, aunque excepcionalmente se puede administrar hasta 16 semanas después de la dosis anterior sin requerir protección adicional ("periodo de gracia" de 4 semanas, reconocido por la OMS). Si han transcurrido más de 16 semanas y si hay certeza razonable de que la adolescente no está embarazada, puede administrarse otra dosis usando precaución anticonceptiva durante los 7 días siguientes.

Este método suele producir sangrado irregular y frecuente durante los primeros meses, pero el 50% de las usuarias estarán amenorreicas al año de uso. La supresión de la ovulación y, por tanto, la amenorrea, pueden prolongarse hasta un año después de suspender el tratamiento. Debe advertirse que es frecuente un incremento de peso durante el primer año.

Implante anticonceptivo

Consiste en una varilla flexible radiopaca que contiene 68 mg de etonogestrel (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

La OMS considera que puede usarse sin restricciones entre la menarquía y los 18 años, ya que no parece afectar la DMO. Su elegibilidad es similar a la de la POP⁽³⁾.

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, aunque algunos estudios recientes están comprobando que puede ser más duradera. A partir de ese tiempo, debe procederse a su extracción y, si se desea, a la colocación de un nuevo implante a través de la misma incisión. Al cumplirse la caducidad, si no se ha procedido a su recambio debe utilizarse otro método anticonceptivo.

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

Debe explicarse a las adolescentes que es de esperar un cambio en su patrón menstrual (el 20% tendrán amenorrea y el 50% sangrado irregular) y que no suelen producirse cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido.

Anticoncepción intrauterina

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⁽¹³⁾.

El dispositivo intrauterino (DIU) 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⁽¹⁴⁾. En nuestro país, 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.

Se dispone de dos tipos de DIU: los de cobre, de los que existen diferentes modelos, siendo de interés los que tienen el vástago más corto (SL) que permiten su uso en úteros pequeños y los hormonales que liberan levonorgestrel, de los que el modelo JAYDESS es el más conveniente por su pequeño tamaño.

El DIU de cobre se utiliza también en la anticoncepción de emergencia. Puede insertarse hasta 120 horas después del coito no protegido. La tasa de fallo es muy inferior al 1%.

Indicaciones

Es un método adecuado para adolescentes con hijos que mantienen relaciones sexuales estables, y para aquellas que no requieren protección frente a ITS y presentan contraindicaciones o no tolerancia o aceptación de la anticoncepción hormonal y no desean usar métodos de barrera.

Seguridad

La preocupación fundamental con el uso del DIU es el riesgo de ocasionar una infección pélvica como consecuencia de la colocación o agravar una ITS, ocasionando una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que ponga en riesgo la fertilidad futura. Sin embargo, la edad o la paridad no parecen influir en el riesgo de padecer alguna complicación, aunque la inserción es más difícil y dolorosa y la tolerancia al método puede ser peor. Siempre debe obtenerse una historia sexual, para identificar a aquellas adolescentes que se encuentran en riesgo de padecer o adquirir una ITS. Si hay tal riesgo, la inserción del DIU debe desaconsejarse. Por otra parte, el riesgo de gestación ectópica en usuarias de DIU es inferior al de las mujeres que no usan contracepción⁽³⁾.

Eficacia

La tasa de embarazo a los 5 años de uso es inferior al 2% con los DIU de cobre y al 1% con el DIU hormonal.

Efectos secundarios

El DIU de cobre incrementa el sangrado menstrual, su duración y la dismenorrea, por lo que no se recomendará en casos de sangrado excesivo o reglas dolorosas. El DIU hormonal, por el contrario, disminuye el sangrado menstrual, ocasiona amenorrea en algunas usuarias y alivia el dolor menstrual, por lo que sería el de elección en adolescentes que presentan estos problemas.

Cuando una adolescente desea utilizar un DIU, debe disponer de la siguiente información⁽¹³⁾:

- La colocación puede resultar dolorosa y producir, en ocasiones, un reflejo vagal que puede prevenirse con la administración de atropina.
- Durante las 3 semanas que siguen a la colocación existe un riesgo de infección por contaminación bacteriana menor del 1%. Este riesgo infrecuente y tratable, tiene particular importancia a esta edad ante la posibilidad de que la fertilidad se vea afectada. El riesgo de EPI posterior es similar al de las no usuarias.
- Existe un riesgo de perforación uterina durante la inserción inferior a 2 casos por cada 1.000 procedimientos. Este accidente no suele provocar hemorragia ni otras consecuencias y se resuelve espontáneamente sin requerir más que ingreso para observación.
- El uso del DIU no afecta la fertilidad posterior que retorna inmediatamente tras la extracción.
- Durante los primeros meses de uso del DIU de cobre, es frecuente el incremento del sangrado menstrual, la aparición de sangrado prolongado, leucorrea abundante y molestias pélvicas leves. Con el DIU hormonal debe esperarse un sangrado escaso e irregular durante los tres primeros meses de uso. Algunas adolescentes experimentan también, como consecuencia de la absorción sistémica del progestágeno, cefaleas, tensión mamaria, acné, náuseas y cambios de humor que suelen desaparecer transcurridos 3-6 meses.

- Deberán consultar si experimentan síntomas de infección pélvica, dolor y alteraciones menstruales persistentes y retraso menstrual si el DIU es de cobre.

Es un método financiado por muchos Servicios de Salud. La colocación se realizará por personal entrenado, preferentemente durante la regla (también puede insertarse inmediatamente tras un aborto) y se programará una visita de control unas semanas después de la colocación, para comprobar la tolerancia al método y que permanece “*in situ*”. Se animará a la adolescente a acudir a consulta si aparece algún problema o sus circunstancias cambian, pero se considera innecesaria una revisión rutinaria anual.

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. Se considera conveniente proporcionar preventivamente una dosis de píldora postcoital a los adolescentes que eligen utilizar métodos con posibilidad de fallos en su utilización.

Cuando una adolescente solicita una píldora postcoital, está haciendo un ejercicio de responsabilidad tratando de evitar un embarazo que no desea y necesita una atención respetuosa que va mucho más allá de una mera prescripción. Conviene explorar con empatía y evitando cualquier actitud enjuiciadora lo sucedido:

- ¿La relación ha sido libremente consentida?, ¿Hay asimetría en la edad, grado de desarrollo o madurez de la pareja que nos haga sospechar un abuso sexual?
- Si no se ha utilizado ningún método: ¿cuál es la razón: desconocimiento, improvisación, alguna otra barrera? El uso repetido de la píldora postcoital puede indicar una dificultad para negociar con el chico el uso de preservativos, optándose por la AE como alternativa menos comprometida desde el punto de vista emocional para la adolescente.
- Si se ha utilizado mal el método habitual: ¿dónde estuvo el problema,

olvidos, expulsión del anillo, mal manejo del preservativo?

- ¿Existe riesgo de ITS?

Ante cualquier coito no protegido, se prescribirá una AE de 1,5 mg de levonorgestrel en dosis única (dispensado gratuitamente por muchos Servicios de Salud y de venta libre en farmacias) dentro de las 72 horas siguientes al coito no protegido⁽¹⁵⁾, pero también deben abordarse los motivos de la no protección y buscar con la adolescente cómo evitar la repetición de esta conducta de riesgo en el futuro o cómo resolver las dificultades con el método anticonceptivo habitual.

Mecanismo de acción

La píldora postcoital no es abortiva. Se ha demostrado que no impide la implantación de un huevo fecundado en el endometrio. Existe evidencia sólida de que el principal mecanismo de acción, si no el único, de la AE de levonorgestrel es impedir o retardar la ovulación, inhibiendo el pico pre-ovulatorio de la hormona luteinizante (LH), impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

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, independientemente del momento cronológico del ciclo menstrual, ya que no puede determinarse con seguridad el momento de la ovulación.

Seguridad

A pesar de la extendida idea de que este producto puede ser perjudicial para la salud, existe una dilatada y amplia experiencia con el uso del levonorgestrel que permite conocer que es un fármaco absolutamente seguro, incluso si se recurre a él repetidamente y en el mismo ciclo. A la dosis utilizada no existe ninguna contraindicación médica y, además, si se utilizara en un embarazo inadvertido, no tiene consecuencias. De igual forma, no existe riesgo de teratogenia si no se consigue prevenir la gestación. Puede utilizarse también antes de la menarquía.

Eficacia

Por cada 1.000 tratamientos se calcula que pueden evitarse 53 embarazos, pero los datos de los estudios no son uniformes y la efectividad oscila entre el 52% y el 100%⁽¹⁹⁾.

Prescripción

Es innecesaria la exploración ginecológica, salvo criterio clínico. Se preguntará sobre la fecha de la última regla y sobre las horas transcurridas desde el coito no protegido. Si la consulta se realiza más de 72 horas después, la eficacia del levonorgestrel disminuye, aunque puede seguirse aconsejando hasta las 120 horas, explicando que este uso no está autorizado en ficha técnica. Como alternativa, entre las 72 y las 120 horas, se ha propuesto la utilización de un nuevo preparado, acetato de ulipristal. No se recomienda en menores de 18 años, siempre que pueda utilizarse el preparado con levonorgestrel, porque no se han realizado ensayos clínicos en adolescentes, aunque están previstos. También puede considerarse la posibilidad de insertar un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, método postcoital altamente eficaz.

Se preguntará también sobre el uso de fármacos inductores enzimáticos. En este caso estaría indicada una dosis de 3 mg de levonorgestrel. Como puede provocar náuseas y vómitos, se recomienda administrar un antiemético, sobre todo, si son muchas las horas transcurridas desde el coito no protegido.

Se explicará a la adolescente que 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. Si transcurren tres semanas desde el coito no protegido sin regla, se recomendará acudir nuevamente a consulta para realizar un test de embarazo.

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

Conclusión

Los pediatras deben transmitir a los y las adolescentes que convertirse en una persona sexualmente activa y responsa-

ble forma parte del proceso normal de desarrollo, alentarlos a no mantener la primera relación sexual coital hasta que estén preparados, identificar a los más expuestos a adoptar una conducta sexual de riesgo y ofrecer servicios anticonceptivos cuando se les soliciten o parezcan necesarios⁽²⁰⁾. Conocer los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos recomendados en la adolescencia y saber cómo ayudar a elegir el más adecuado no presenta dificultades. La recomendación del uso de preservativos y la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal incluida la AE, puede realizarse por pediatras, ya que no precisan de ninguna exploración ginecológica. También los implantes pueden ser insertados y retirados por pediatras entrenados. Solo será necesario derivar casos en los que el DIU sea el método elegido.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Manuel Amarilla Gundín. Chiesi España, S.A. 2004.
2. Ética de la objeción de la conciencia. Fundación de Ciencias de la Salud. Directores: Diego Gracia, Juan José Rodríguez Sendín. 2008.
- 3.*** Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015. World Health Organization.
- 4.*** Contraceptive choices for Young People. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2010.
5. Barrier Methods for Contraception and STI Prevention. Clinical Effectiveness Unit. 2012. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
6. Male and Female Condoms. Clinical Effectiveness Unit January 2007 Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
7. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, et al. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice *vs* evidence. JAMA. 2011; 285: 2232.
8. First Prescription of Combined Oral Contraception (Updated 2007) Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care Clinical Guidance.
9. Kaunitz AM. Hormonal contraception for suppression of menstruation. UpToDate 2016.

10. Combined Vaginal Ring (NuvaRing®). 2009. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.
11. Burkman RT. Transdermal contraceptive patch. UpToDate 2017.
12. Sánchez Borrego R, Lete Lasa I. Anticoncepción con solo gestágenos. Revisión de los datos. Ergon 2004.
13. Intrauterine Contraception. Clinical Effectiveness Unit April 2015. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.
14. ACOG Committee Opinion intrauterine Device and adolescents, Number 392. 2007.
15. Emergency Contraception Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2011.
16. Anticoncepción de emergencia posicoinformación. Mecanismo de acción. ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo? Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de emergencia (ICEC). 2011.
17. Cleland K, Raymond EG, Westley E. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. Clin Obstet Gynecol. 2014; 57: 741-50.
18. Croxatto H, Ortiz ME. Cómo y cuándo el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia. Población y Salud en Mesoamérica [revista electrónica]. 2007; 4(2).
19. Trussell J, Raymond EG, Cleland K. Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy. 2016.
- 20.*** Contraception for adolescents Policy Statement. American Academy of Pediatrics. 2014.
21. Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Pediatr Integral. 2013; XVII(3): 171-84.

Bibliografía recomendada

- Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015. World Health Organization.

Es el documento básico para conocer si un determinado método es elegible y, por tanto, puede usarse con seguridad en una situación de salud concreta (edad, postparto, posaborto, lactancia...), ante determinados riesgos (obesidad, tabaquismo, trombofilia familiar, ITS, uso de fármacos...) o enfermedades (lupus eritematoso, migrañas, epilepsia, diabetes, hepatitis...).

- Contraceptive choices for Young People. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2010.

Guía basada en la evidencia, que recoge recomendaciones sobre las opciones anticonceptivas seguras y eficaces para adolescentes.

- Contraception for adolescents Policy Statement. American Academy of Pediatrics. 2014.

La Academia Americana de Pediatría elabora recomendaciones sobre anticoncepción desde 1980 que revisa cada 5 años. Esta actualización proporciona información sobre las mejores prácticas en consejo contraceptivo y en prescripción de métodos para adolescentes.

Caso clínico

Acude a la consulta una adolescente de 15 años. Refiere que ha mantenido relaciones sexuales hace 48 horas y se le ha roto el preservativo. Está muy preocupada por la posibilidad de quedarse embarazada y solicita una píldora postcoital. Plantea también que ha decidido utilizar otro método anticonceptivo, porque es la segunda vez que le sucede este accidente, pero que necesita información para decidir. En su historia clínica figura que no tiene antecedentes familiares de interés, que padece migrañas con aura y sangrados menstruales abundantes y dolorosos.

¿Crees que es adecuado atender a una menor de 16 años, o sería conveniente decirle que vuelva acompañada de sus padres o tutores?

En cualquier circunstancia, una menor que acuda a consulta debe ser atendida y escuchada. No recibirla por no estar acompañada, podría impedir la detección de un abuso sexual, de una conducta de alto riesgo, el tratamiento de una infección o la prevención de un embarazo. Además, la ley básica de autonomía del paciente reconoce que la persona menor de edad que es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de una actuación en el ámbito de la salud, puede prestar consentimiento por sí misma, salvo en situaciones de grave riesgo para la salud o la vida, participación en ensayos clínicos y en técnicas de reproducción asistida y solicitud de IVE.

La capacidad de tomar decisiones de la menor deberá ser confirmada por los profesionales médicos, en este caso pediatras. Esta madurez debe entenderse como la capacidad

de comprender la información que se proporciona, valorar su alcance y tomar decisiones coherentes. No se relaciona, sin embargo, con el contenido de las decisiones que finalmente adopte la menor, ni con los valores o creencias que las sustentan, ni con las diferencias o coincidencias, con la postura que, en su lugar, tomarían los profesionales o los padres. Estas diferencias, de producirse, no significan necesariamente que sea inmadura, sino que su sistema de valores es diferente. Además, la valoración de la capacidad debe ser realizada "ad hoc" para la demanda clínica concreta. En este caso, la petición de una píldora postcoital para prevenir un embarazo no deseado, es una actitud responsable que denota reconocimiento del riesgo de embarazo, conocimiento de la existencia de una anticoncepción de emergencia y voluntad de hacer lo posible para evitar una grave consecuencia indeseada.

¿Debería dejarse constancia en la historia clínica, de que se ha realizado una valoración de la madurez de la menor para comprobar su capacidad para prestar consentimiento a esta actividad asistencial concreta?

Sí. Se dejará constancia de que la menor ha demostrado su madurez, de que no existe contraindicación médica para la administración de la anticoncepción de emergencia y de que se le ha recomendado que informe a sus padres de que mantiene actividad sexual, ha necesitado una píldora postcoital y solicita consejo sobre otro método anticonceptivo.

¿Qué información crees que debes intentar obtener de forma respetuosa y empática para atender este motivo de consulta?

Continúa

Caso clínico (continuación)

Ante una actividad sexual de una chica de 15 años, es importante conocer si las relaciones que mantiene son plenamente consentidas y si el consentimiento no es el resultado de un ejercicio de autoridad o influencia sobre la menor, lo que permite descartar que se encuentre en una situación de abuso sexual. El nuevo Código Penal español ha elevado la edad del consentimiento sexual de 13 a 16 años. Es decir, que por debajo de esa edad, el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no resulta válido a efectos legales, a menos que se mantengan con una persona de similar edad y grado de desarrollo y madurez. En el caso de que se sospeche un abuso sexual, hay que contactar con el Juzgado de Guardia.

Cuando se demanda una píldora postcoital por una rotura de preservativo, conviene considerar que las roturas son relativamente frecuentes, sobre todo, si no se usa la talla adecuada o si se manejan de forma incorrecta. Si esta ha sido la causa, deben hacerse recomendaciones sobre la elección del preservativo y su manejo. Pero, en muchas ocasiones, esto es una justificación que encubre la realidad de que no se usó el preservativo. En este caso, es necesario conocer por qué no se usó: ¿la adolescente no tiene capacidad para negociar el uso del método o posponer el encuentro sexual y prefiere tomar la postcoital?, ¿existe desconocimiento sobre cómo usar el preservativo o cómo elegirlo?, ¿hay otras barreras para el uso del preservativo? Cada circunstancia va a requerir un abordaje diferente.

La rotura del preservativo o el coito no protegido no solo expone al embarazo sino también a ITS. Conviene preguntar acerca de ese riesgo, que dependerá de la edad de la pareja y de su conducta sexual y, si parece justificado, se ofrecerá un cribado de dichas infecciones.

¿Qué datos clínicos necesitas conocer para prescribir una píldora postcoital?

La píldora de 1,5 mg de levonorgestrel no tiene contraindicaciones médicas, por lo que no es necesario descartar ninguna patología médica. Su eficacia puede verse afectada por el uso de fármacos inductores enzimáticos, tales como: antiepilépticos y rifampicina. En ese caso estaría indicada una dosis doble, de 3 mg de levonorgestrel. Puede ser prudente, sobre todo, si han transcurrido muchas horas después del coito no protegido, recomendar una dosis de un antiemético, como metoclopramida antes de la toma de la postcoital.

Conocer la fecha de la última regla solo tiene el interés de descartar que exista un retraso menstrual, en cuyo caso se realizará una prueba de embarazo. Se recomienda la administración independientemente del día del ciclo menstrual en que se encuentre, ya que es imposible conocer con exactitud la fecha de la ovulación.

¿Qué recomendaciones le darías?

Tomar cuanto antes la dosis de 1,5 mg de levonorgestrel. Advertirle que puede notar cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal que remiten espontáneamente y raramente sangrado intermenstrual. Si presentará vómitos en las 2 horas siguientes, deberá repetirse la dosis añadiendo un antiemético.

Debe esperar la siguiente regla 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. Transcurridas tres semanas del coito no protegido sin regla, debe realizarse un test de embarazo.

¿Qué información ofrecerías para ayudar a la adolescente a elegir un método anticonceptivo?

Le explicarías la conveniencia de utilizar el doble método: preservativo para protección de las ITS y otro método que tenga mayor eficacia anticonceptiva. En su caso, la AHC tanto en su formulación de píldora, anillo o parche estaría contraindicada (no sería elegible médicamente), ya que al padecer migraña con aura, tiene un riesgo incrementado de accidente cerebrovascular a pesar de su juventud. Sí podría utilizarse la ASG, bien la píldora con solo gestágeno (POP) o el implante anticonceptivo. No recomendaríamos la inyección trimestral (DMPA), porque a esta edad su uso podría dificultar la adquisición de masa ósea y afectar el pico máximo de masa ósea. Si finalmente decidiese seguir utilizando el preservativo, se le proporcionaría una dosis adicional de AE con la finalidad de facilitar su uso en caso de volver a necesitar una píldora postcoital. Le explicarías que la AE es un método anticonceptivo menos eficaz que el preservativo y mucho menos que la anticoncepción hormonal, por lo que debe considerarse un último recurso para evitar un embarazo.

¿Qué beneficio además del anticonceptivo, podría esperar del uso de la anticoncepción con solo progestágenos?

Tanto con la píldora de progestágenos como con el implante puede esperarse una reducción muy importante del sangrado menstrual y de la dismenorrea que padece esta adolescente y que pueden ser causa de anemia ferropénica, absentismo escolar, limitación de actividades coincidentes con sangrado menstrual y necesidad de uso de antiinflamatorios y de suplementos de hierro. Tanto el sangrado menstrual excesivo como la dismenorrea pueden dificultar la aceptación del propio cuerpo y del hecho de ser mujer.

¿Qué otra información importante deberías facilitarle acerca del uso de AOP?

Los anticonceptivos con solo progestágenos son muy seguros y por eso se usan en situaciones en que los estrógenos están contraindicados. Su eficacia anticonceptiva es muy elevada, sobre todo en el caso del implante, ya que su uso no conlleva la posibilidad de olvidos. Sin embargo, van a producir una alteración del patrón menstrual que es impredecible. Algunas mujeres no presentan reglas por efecto de la atrofia endometrial que produce el anticonceptivo, lo que no tiene ninguna consecuencia negativa para la salud. De hecho, esta amenorrea puede ser contemplada como una ventaja, sobre todo en los casos en que hay dismenorrea importante y reglas largas o abundantes. Otras mujeres presentan sangrados de forma irregular, aislados e imprevisibles, generalmente en menor cuantía que las reglas habituales. Finalmente, un grupo presentará sangrados muy prolongados que llegan a interferir con la aceptación del método. Se dispone de tratamientos farmacológicos para tratar este sangrado; pero, en ocasiones, recidivan y llegan a ser tan incómodos que obligan a suspender el método.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Anticoncepción en la adolescencia

9. ¿Pueden esperarse otros beneficios, además de la protección frente a embarazos de los anticonceptivos hormonales?
- Alivio de la dismenorrea.
 - Disminución del acné y del hirsutismo.
 - No. De hecho, producen efectos secundarios indeseables.
 - Disminución del sangrado menstrual excesivo y frecuente.
 - a, b y d son ciertas.
10. Acude una chica de 15 años acompañada de su madre y solicita anticoncepción hormonal (AH).
- Le dices que es demasiado joven y que el uso de la AH puede bloquear la maduración del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico.
 - La derivas a la consulta ginecológica, para que le hagan una exploración genital y mamaria.
 - Le solicitas una analítica de sangre.
 - Confirmas que no tiene riesgo de ITS.
 - Le preguntas por sus antecedentes familiares y personales, para excluir condiciones de no elegibilidad médica, confirmas que no tiene riesgo de ITS y le tomas la tensión.
11. Una pareja de adolescentes tiene dificultades con el uso del preservativo que se les ha roto en alguna ocasión:
- Les preguntas qué marca utilizan, si el tamaño es el adecuado, cuál es la técnica de colocación y a qué atribuyen la rotura.
 - Les explicas la importancia de elegir una talla adecuada y el cuidado en el manejo del preservativo.
 - Les recuerdas que si la rotura se produce antes de la eyaculación, deben cambiar el preservativo y que si se dan cuenta después, es recomendable tomar una píldora postcoital.
 - Les propones el uso de doble protección y les proporcionas una dosis de píldora postcoital.
 - Todo lo anterior es cierto.
12. La anticoncepción con píldora de progestágenos:
- Es menos eficaz que la anticoncepción hormonal combinada (AHC).
 - Es elegible en situaciones en que está contraindicada la AHC (trombofilia, antecedentes de trombosis venosa profunda, migraña con aura, lupus, anticuerpos antifosfolípidicos, etc.).
 - Su utilidad se reduce al periodo de lactancia.
 - Es menos segura que la AHC.
 - Proporciona un mejor control del ciclo menstrual que la anticoncepción hormonal combinada.
13. Acude una adolescente acompañada de su madre. Ha utilizado AHC, pero tiene olvidos frecuentes y ha tenido que utilizar en varias ocasiones, píldora postcoital. **Pregunta por la posibilidad de usar un implante o un DIU. Sus reglas son normales y no especialmente dolorosas:**
- Le preguntas por la posibilidad de ITS y le explicas que si existe algún riesgo no debería utilizar un DIU.
 - Le preguntas si sus reglas son abundantes, largas o dolorosas.
 - Le informas de que el implante es un método muy eficaz y seguro, de larga duración (3 años) y que altera el patrón menstrual produciendo desde amenorrea hasta sangrados escasos y prolongados.
 - Le informas que si eligiera un DIU estaría indicado el de cobre, que su protección anticonceptiva es inferior a la del implante, su colocación es dolorosa y supone un riesgo de perforación uterina y de infección, aunque muy bajo. También le explicas que debe esperar reglas algo más dolorosas, abundantes y largas.
 - Todas son ciertas.

Caso clínico

14. Acude a la consulta una chica de 15 años acompañada de una amiga. Solicita una píldora postcoital. ¿Puedes atender esta demanda?
- No, porque al ser menor de edad debe acudir acompañada de sus padres o tutores.
 - Le dices que no hay problema en prescribirle una píldora postcoital, pero que para ello es necesario que vuelva acompañada de

- su padre, madre o tutor, porque es necesario que den su consentimiento.
- c. Le explicas que no necesita atención médica, porque la píldora postcoital es de venta libre en farmacia y puede comprarla sin ningún problema.
 - d. Sí, porque al solicitar una píldora postcoital tras una relación sexual no protegida, está demostrando suficiente madurez.
 - e. Se debe atender esta demanda tratando de conocer si la relación sexual ha sido consentida, si se ha mantenido con un chico de similar edad, si existe riesgo de ITS, cuáles han sido las razones por las que no ha utilizado anticoncepción y si desea un método anticonceptivo, informándole de las ventajas del doble método y explicándole que la AE es mucho menos eficaz que cualquier otro método anticonceptivo.
15. **¿Qué otras condiciones clínicas, además de la migraña con aura, pueden no hacer elegible médicamente la AHC en adolescentes?**
 - a. El tabaquismo.
 - b. Una hepatitis aguda.
 - c. Una trombofilia familiar.
 - d. Tratamiento antiépiléptico con fármacos inductores enzimáticos.
 - e. b, c y d son ciertas.
 16. **¿Ante una consulta por rotura de un preservativo que debes plantearte?**
 - a. Hacer una prueba de embarazo y una exploración ginecológica y prescribir una AE (anticoncepción de emergencia).
 - b. Hacer una historia familiar y personal para descartar contra-indicaciones médicas de la AE y preguntar sobre el momento del ciclo menstrual para decidir si se necesita una AE o no.
 - c. Indicar una AE independientemente del ciclo menstrual, recomendando consultar si la regla se retrasa tres semanas desde el coito no protegido. Explicar la posibilidad de utilizar un doble método para aumentar la eficacia anticonceptiva.
 - d. Revisar la técnica de utilización del preservativo, valorar el riesgo de ITS, preguntar las horas transcurridas y administrar una píldora postcoital de levonorgestrel en las primeras 72 horas. Si han transcurrido entre 72 y 120 horas, indicar que esta píldora es menos eficaz y plantear como alternativa el acetato de ulipristal o la colocación de un DIU.
 - e. c y d son ciertas.