

Anticoncepción en la adolescencia



M.J. Rodríguez Jiménez

F.E.A. Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid

Resumen

Hablar de anticoncepción en la adolescencia implica reconocer que, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados desde instituciones sanitarias, educativas y familiares, no se ha conseguido generalizar el uso correcto de los métodos anticonceptivos y tanto el embarazo no deseado como las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un importante problema.

Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados y son seguros para los adolescentes y la edad no es una contraindicación para ninguno de ellos, excepto los métodos definitivos. El proceso de elección de un método ha de ser voluntario y no condicionado por las preferencias del profesional, por factores de presión de padres y madres o del grupo de iguales. Hay que asesorarles sobre riesgos y beneficios, y promover que sean ellos y ellas quienes decidan.

Entre los adolescentes, hay una peor cumplimentación y una menor adherencia a los métodos anticonceptivos. Por ello, es importante que se respeten las preferencias del joven, se explique de forma sencilla la utilización del método y se elaboren estrategias para favorecer la continuidad de uso.

Abstract

Speaking of contraception in adolescence implies acknowledging that despite the multiple efforts made by health, educational and family institutions, the correct use of contraceptive methods has not been generalized and both unwanted pregnancy and sexually transmitted infections continue to be a major problem.

All contraceptive methods can be used and are safe for adolescents and age is not a contraindication for any of them, except definitive methods. The choice of a method must be voluntary and not conditioned by the preferences of the professional, by factors of pressure from fathers and mothers or from the peer group. They must be advised on the risks and benefits and encouraged to be themselves the ones who make the decision.

Among adolescents, there is worse compliance and less adherence to contraceptive methods. For this reason, it is important that the preferences of the young person are respected, the use of the method is explained in a simple way, and strategies are developed to favor continuity of use.

Palabras clave: Asesoramiento anticonceptivo; Métodos anticonceptivos; Sexualidad.

Key words: Contraceptive counseling; Contraceptive methods; Sexuality.

OBJETIVOS

- Conocer la realidad de la sexualidad y anticoncepción en nuestro medio.
- Destacar la importancia del asesoramiento anticonceptivo en la adolescencia.
- Repasar los métodos anticonceptivos con sus ventajas e inconvenientes en adolescentes.
- Informar de la situación legal vigente y actuación recomendada.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la salud reproductiva de la persona conlleva su derecho para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad y libertad

para decidir procrear, y cuándo y con qué frecuencia hacerlo⁽¹⁾.

Las intervenciones en el ámbito de la anticoncepción en la adolescencia, se deben caracterizar por mantener la privacidad y confidencialidad de la persona y presentar la información con claridad y sin coacciones, fomentando la toma de decisiones con la información suficiente. Los adolescentes necesitan saber sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) de forma adecuada a sus conocimientos y su madurez, para poder vivir su sexualidad con plenitud y sin riesgos para su salud.

Como en otras etapas de la vida, en la adolescencia, el método anticonceptivo que se utilice debe ser seguro y eficaz, y sabemos que la efectividad de un

método, es decir, su eficacia durante el uso, depende de la adherencia al mismo y de su continuidad. Los adolescentes tienen un peor cumplimiento de los métodos anticonceptivos y, por tanto, un mayor riesgo de embarazo no deseado y de contagio de una ITS.

Realidad de la sexualidad y anticoncepción en España

Los estudios epidemiológicos muestran un inicio más precoz de la actividad sexual y el uso inconsistente de los métodos anticonceptivos por los adolescentes.

La sexualidad es uno de los aspectos más relevantes en la adolescencia, lo que justifica que existan gran cantidad de estudios sobre la materia: el comporta-

miento de los jóvenes, su nivel de información, las prácticas de riesgo, el uso de métodos anticonceptivos, etc.

Los datos que se muestran a continuación han sido obtenidos de dos estudios. El primero, es el *Informe Juventud en España 2020 (IJE2020)*⁽²⁾, realizado por la Dirección General del INJUVE y el Observatorio de la Juventud, dependientes del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Para realizarlo, fueron entrevistados 5.265 jóvenes entre 15 y 29 años, de ambos sexos y de todo el territorio nacional.

El segundo, es el *Estudio sobre Sexualidad y Anticoncepción: Jóvenes Españoles 2019*⁽³⁾, patrocinado por la Fundación Española de Contracepción, dependiente de la Sociedad Española de Contracepción (FEC/SEC), que incluyó una muestra de unos 1.200 jóvenes de 16 a 25 años y ambos sexos.

Aunque en ambos se estudia una población más amplia, se va a hacer mención de los datos referidos a la población adolescente entrevistada, es decir, entre 15 y 20 años.

Lo primero que llama la atención, es que los jóvenes muestran una gran diversidad de orientaciones sexuales: el 16% se describe como no heterosexual. Los hombres tienden a ubicarse con más frecuencia como heterosexuales que las mujeres (82,3% frente a 72,3%), y también más como homosexuales que ellas (7,9% frente a 6%). Por su parte, las mujeres se autoidentifican más frecuentemente como bisexuales que los hombres (13,4% frente a 3,9%).

Hay una iniciación sexual cada vez más temprana. La edad media para la primera relación sexual es de 16,2 años, reduciéndose casi en 1 año respecto al IJE 2016 (17 años). La Encuesta FEC/SEC apunta a que la edad media de inicio del sexo es de 16,4 años, pero lo más interesante es comprobar que esa edad se reduce, y mientras los jóvenes entre 19-21 años la tuvieron a los 16,7 años, los de 16 a 18 la tiene de media a los 15,6 años (Fig. 1).

En la muestra analizada en el IJE 2020, el 52% de jóvenes de entre 15 y 19 años afirma haber tenido relaciones sexuales con penetración, un 7% sin ella y el 27% no ha tenido nunca relaciones (Fig. 2). Las mujeres suelen tener relaciones sexuales más tarde que los hombres (Fig. 3).

Edad de tu primera relación sexual completa (con penetración)

Base: jóvenes españoles de 16 a 25 años que han tenido relaciones sexuales coitales (73,4%)

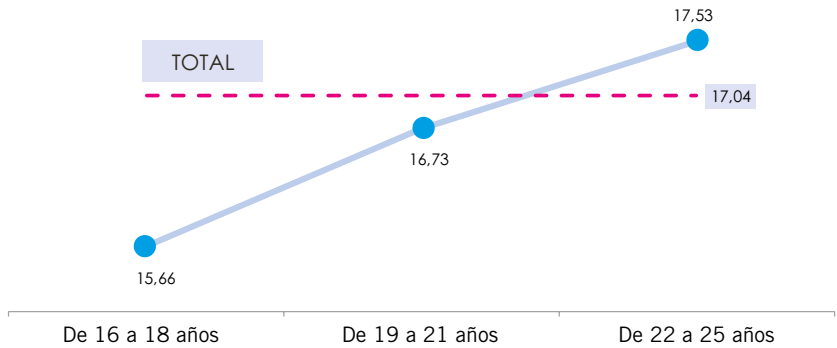


Figura 1. Edad de la primera relación sexual. Fuente: *Estudio sobre Sexualidad y Anticoncepción: Jóvenes Españoles 2019 (FEC/SEC)*.

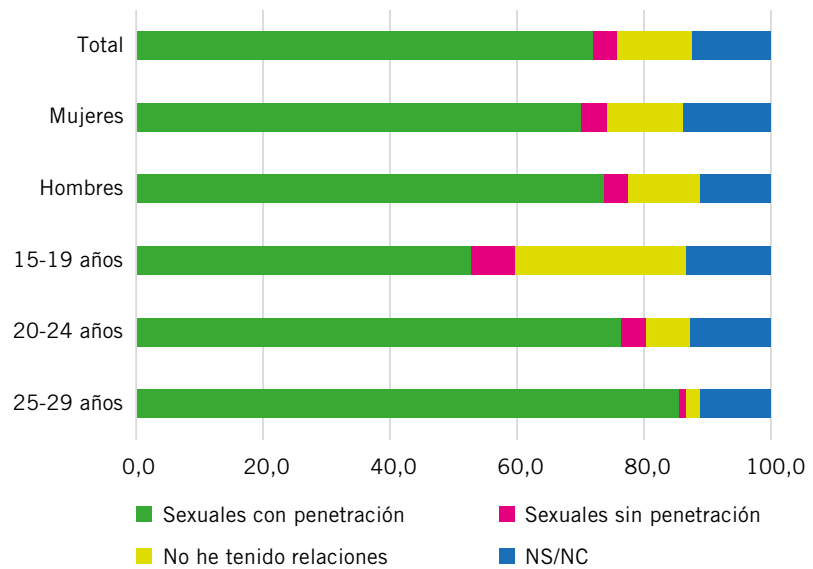


Figura 2. Porcentaje de usos sexuales en función de género y edad. Fuente: *Encuesta INJUVE 2019*.

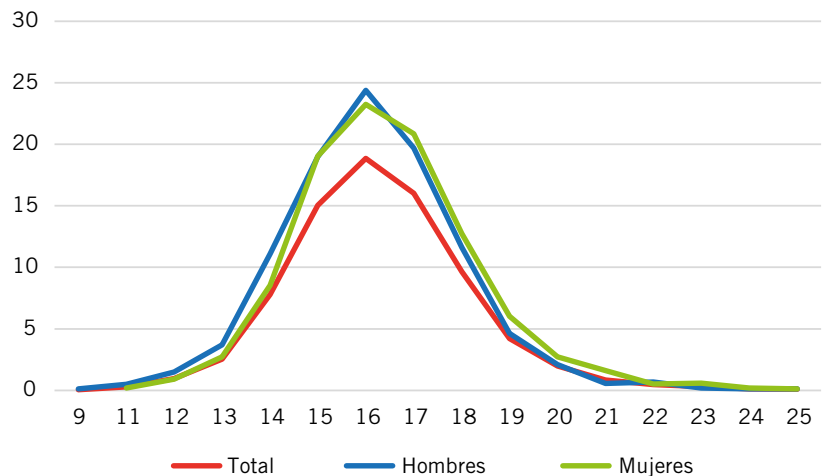


Figura 3. Edad de primera relación sexual en función del género. Fuente: *Encuesta INJUVE 2019*.

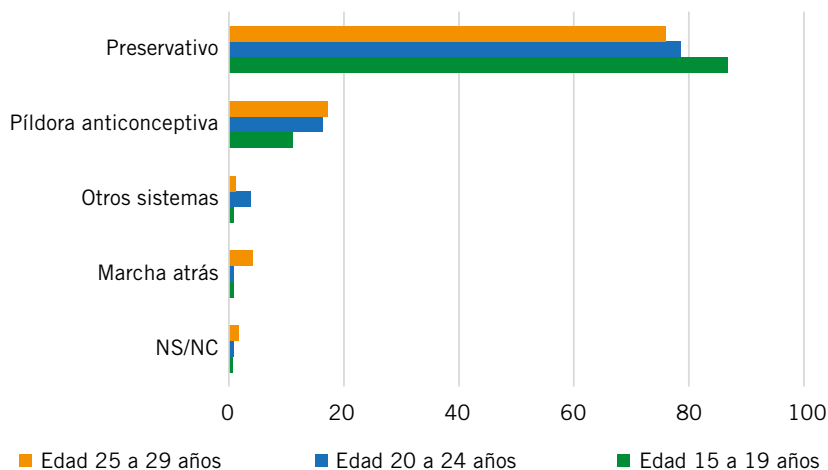


Figura 4. Tipo de método anticonceptivo empleado por edad. Fuente: Encuesta INJUVE 2019.

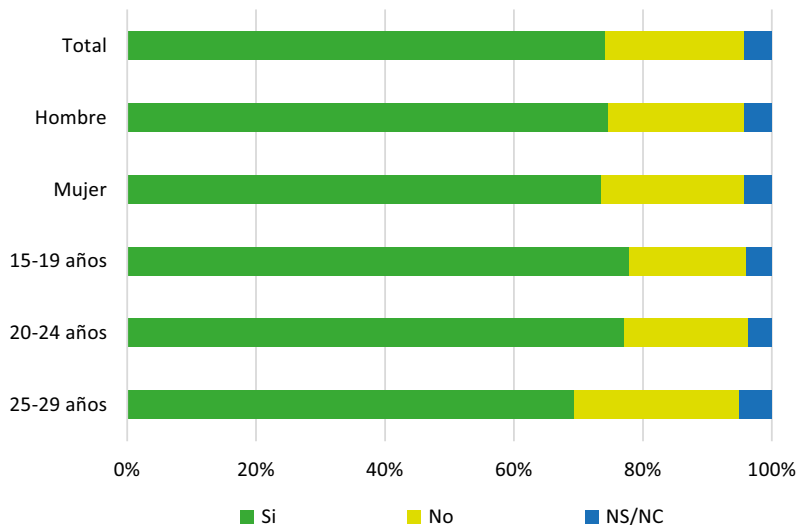


Figura 5. Porcentaje de uso de método anticonceptivo en todas las relaciones según género y edad. Fuente: Encuesta INJUVE 2019.

El nivel de estudios retrasa la edad para tener la primera relación sexual: tanto los que tienen educación de secundaria postobligatoria como estudios superiores, tienden a tener su primer contacto aproximadamente un año más tarde. La variable ser creyente, también tiende a retrasar ese momento.

Ambas encuestas coinciden en que el método anticonceptivo más utilizado por parte de los jóvenes es el preservativo. En segundo lugar, se sitúa el uso de la píldora y en tercer lugar el *coitus interruptus* (Fig. 4).

El 76,4% de los jóvenes utiliza métodos anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales; si bien, un 23,6% no lo hace en todas las ocasiones (Fig. 5). Esta práctica de riesgo se incrementa entre los hombres (25,3%) y los jóvenes de 16 a 18 años (26,3%). No hay diferencias significativas ni por edad ni sexo, lo que va en contra del saber convencional que establece que las mujeres tienen un comportamiento más seguro que los hombres. El 73,1% de los jóvenes no utiliza nunca en sus relaciones sexuales el doble método. Esta cifra se incrementa hasta el 76,4% entre los jóvenes de menor edad.

El 25,6% de los jóvenes ha tenido que recurrir al uso de la píldora del día después alguna vez, siendo el porcentaje del 17,1% entre los de 16 a 21 años. Por término medio, en el último año, los jóvenes menores de 18 años han utilizado 1,3 veces la píldora del día después.

En ambos estudios, los jóvenes coinciden en definir la información que reci-

¿De quién/es consideras que has recibido la información más adecuada sobre sexualidad? (respuesta múltiple)

Base: jóvenes españoles de 16 a 25 años

	Total	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	De 16 a 18 años	De 19 a 21 años	De 22 a 25 años
Internet	47,8%	50,7%	44,9%	42,2%	48,1%	50,1%
Amigo/as	45,5%	44,2%	46,9%	44,5%	42,2%	48,0%
Profesor/as	28,0%	28,6%	27,4%	29,7%	29,1%	26,6%
Madre	23,1%	21,4%	24,9%	22,8%	25,1%	22,1%
Padre	12,4%	16,4%	8,3%	10,3%	11,7%	13,8%
Médico/a general	6,2%	6,1%	6,3%	5,7%	6,3%	6,5%
Ginecólogo/a	6,2%	1,0%	11,4%	3,8%	5,7%	7,5%
Hermanos/as	6,1%	6,6%	5,5%	6,8%	4,3%	6,8%
Centro de orientación familiar	3,7%	3,2%	4,2%	3,8%	3,7%	3,6%
De nadie / No he recibido información	12,1%	14,3%	9,8%	10,6%	11,4%	13,1%

Figura 6. Fuentes de información sobre sexualidad. Fuente: Estudio sobre Sexualidad y Anticoncepción: Jóvenes Españoles 2019 (FEC/SEC).

ben sobre sexualidad como escasa, con poca continuidad y que no se actualiza cuando realmente se precisa. Internet (47,8%) y los amigos/as (45,5%) constituyen las fuentes a través de las cuales consideran que han recibido la información más adecuada sobre sexualidad, por delante de los profesores/as (28%), la madre (23,1%) o el padre (12,4%) (Fig. 6). Un 12,1% de los encuestados dicen no haber recibido información sobre sexualidad. Los varones obtienen más información a través de Internet que las mujeres, incluyendo consumo de pornografía, y ello se traduce en la reproducción de mitos tradicionales asociados al tamaño del pene o a los pechos voluminosos. Entre las mujeres, los amigos/as (46,9%) son un canal de información más importante que Internet (44,9%).

Sin embargo, cuando se les pregunta de quienes desearían recibir esa información, el 34,5% de los jóvenes considera que deberían ser los profesionales sanitarios las personas que deberían orientarles en materia de sexualidad, seguidos de los profesores/as del colegio o instituto. Hay cierto pudor para tratar estos temas en el ámbito familiar, lo mantienen como última opción y solo en caso de emergencia o situaciones límite.

Asesoramiento anticonceptivo

El asesoramiento anticonceptivo es esencial para lograr la aceptación del método, su empleo correcto y la continuidad en el uso.

Los adolescentes tienen unas necesidades especiales en relación con la anticoncepción que derivan de su falta de experiencia en el uso de los métodos, las barreras para el acceso a estos y, sobre todo, la falta de información.

La elección de un método anticonceptivo es una decisión compleja, en la que el médico tiene un papel importante, no solo en la información suministrada, sino también en el apoyo al joven en su decisión. Es lo que se denomina asesoramiento anticonceptivo y va a ser clave para la aceptación del método; pero, sobre todo, para garantizar continuidad de uso.

Los adolescentes, por las características que se han visto antes, son considerados una población de riesgo en

su salud reproductiva, y puede caerse en el error de que sea el médico quien imponga la elección de los métodos que considere más convenientes sin contar con la opinión del joven. Al contrario: el asesoramiento anticonceptivo en los adolescentes debe hacerse mediante la toma de decisiones compartidas, evitando caer en imposiciones o consejos muy dirigidos por el riesgo percibido por el médico⁽⁴⁾. De esta manera, el joven es reconocido como el elemento principal que manifiesta sus preferencias, y el médico aportará sus conocimientos y la información sobre las diferentes opciones, a fin de elegir el método más conveniente y que mejor se adapte a esas preferencias.

Para realizar un adecuado asesoramiento, lo primero es establecer un buen vínculo con la adolescente. Si esto es importante en todos los aspectos de la atención médica, es de particular relevancia en el asesoramiento anticonceptivo, dado su contexto personal y sensible.

En segundo lugar, se debe hacer una historia clínica para identificar las condiciones médicas que podrían afectar a la seguridad de cada método. El tabaquismo, al tratarse de una población joven y sin otros factores de riesgo para la enfermedad tromboembólica, no va a constituir un impedimento para iniciar un método hormonal combinado. En cuanto a otras patologías, se aconseja consultar los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud⁽⁵⁾. Están disponibles gratuitamente, son fáciles de usar y brindan una guía definitiva sobre la seguridad en una amplia gama de afecciones para diferentes poblaciones de pacientes. Los métodos anticonceptivos se etiquetan como categoría 1, 2, 3 o 4 para cada condición identificada; los de las categorías 1 y 2 se consideran generalmente seguros y los métodos de la categoría 4 están contraindicados. Para aquellos clasificados como categoría 3, las recomendaciones establecen que el “método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables”.

Después de identificar cualquier condición que pueda limitar la gama de métodos disponibles, la selección debe comenzar preguntando a la joven qué

métodos conoce y si habían pensado en alguno. De esta forma, nos haremos idea de las preferencias y de su grado de conocimiento sobre el tema. Algunas jóvenes solicitan un método concreto que ya han empleado previamente o utilizan sus amigas o hermanas; otras pueden dejar en manos del médico la elección que considere más adecuada para ella. En ambos casos, el médico debe informar sobre múltiples aspectos que varían en cada método: cómo se toman o se colocan, eficacia, duración, efectos sobre el patrón menstrual, efectos secundarios, beneficios no anticonceptivos y efectos en la fertilidad futura.

Es importante informarla que la eficacia de algunos métodos depende del uso correcto de los mismos y que la eficacia (“uso ideal”) no coincide con la efectividad (“uso habitual”)⁽⁶⁾, a menos que su empleo sea independiente de la usuaria, como ocurre con los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés): dispositivo intrauterino (DIU), implante o inyección *depot*.

Los métodos anticonceptivos, excepto los de barrera, modifican de alguna manera el patrón de sangrado y esta característica es muy importante para algunas mujeres. La amenorrea, por ejemplo, puede ser inasumible para algunas usuarias, mientras que otras lo consideran como algo beneficioso.

Las adolescentes reciben información sobre los métodos anticonceptivos de sus redes sociales, y la información negativa se comunica más comúnmente que la positiva. Por lo tanto, a muchas pacientes, los posibles impactos negativos de los métodos anticonceptivos les influirán en la elección del método. Si bien, no es posible informar sobre la evidencia de todos los efectos secundarios, sí es recomendable preguntar a la joven de cuáles ha oído hablar y cuáles le preocupan e informar objetivamente sobre ellos. También, se la debe hablar de los numerosos beneficios no anticonceptivos que tiene y que pueden influir en la elección de la paciente.

Es importante dejar que los jóvenes expresen sus ideas sobre métodos, como la abstinencia periódica y el coito interrumpido, pues muchas veces utilizan una combinación de preservativo con ambos, sin tener mucha conciencia de

riesgo. Es bueno que hablen de la parte molesta o de la que no gusta de cada método, y que manifestemos comprensión ante los inconvenientes que expongan. No se trata de convencerlos de las ventajas de un determinado método, pues podríamos estar provocando que el joven sienta que esa no ha sido su decisión y no lo utilice o cometa errores.

El proceso de decisión ha de ser voluntario y no condicionado por las preferencias del profesional, a menos que, explícitamente, solicite la orientación del médico, por factores de presión o coerción de la pareja, o por influencias negativas de padres y madres o del grupo de iguales.

Una vez seleccionado un método, hay que informar sobre cómo comenzar a usarlo y efectos secundarios que puede experimentar, especialmente los primeros ciclos. Deben también planificarse visitas de seguimiento para verificar la aceptación y continuidad de uso o, en su caso, cambiar de método anticonceptivo si la paciente lo desea. Nunca se debe ver esto como un fracaso del mismo; antes bien, la interrupción y el cambio de método son algo normal entre las usuarias de anticonceptivos y ayuda a garantizar que las mujeres se sientan cómodas con el método.

Métodos anticonceptivos para adolescentes

Al adolescente se le debe informar de todos los métodos anticonceptivos, ya que no existen métodos específicos ni desaconsejables para su edad, excepto los definitivos.

No existen métodos anticonceptivos específicos para adolescentes, pero es evidente que la elección de un método debe considerar circunstancias y características especiales de esta edad: tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento; ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo, frecuencia y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja; ser de fácil realización, porque los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes; y siempre debe ser reversible, salvo que casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas, aconsejen lo contrario⁽⁷⁾.

La eficacia del método se mide mediante el índice de Pearl (IP), que indica el número de embarazos que se producirán cada 100 mujeres durante 1 año de uso (a menor índice, más eficacia). El IP teórico o ideal siempre es menor que el IP real o típico, que contempla la eficacia en las circunstancias reales de uso.

Abstinencia

La promoción de la abstinencia persigue retrasar el inicio de las relaciones coitales, como forma más eficaz de prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Por ello, es necesario que el adolescente contemple la abstinencia como una opción más. Los adolescentes deben aprender que tienen derecho a tener su propia historia sexual, con relaciones sexuales o sin ellas, aprendiendo a decir no cuando esto es lo que quieren, reconociendo el derecho a ser diferentes, distintos de los demás si es el caso y siendo asertivos con sus posibles parejas, no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro⁽⁸⁾.

Métodos naturales

Los métodos naturales no son recomendables en adolescentes por su complejidad y poca eficacia, debido a las variaciones del ciclo menstrual en esta etapa.

Se basan en las variaciones que fisiológicamente se producen durante el ciclo menstrual, para programar el coito en los días en que sea más improbable el embarazo. Los cambios que se valoran son: la elevación de la temperatura basal en segunda fase, las modificaciones del moco cervical, determinación de sustancias en orina (monitores de ovulación) o el cálculo de la fase periovulatoria. Son métodos de baja eficacia, si no se combinan varios y con alto porcentaje de errores, generalmente por no respetar el periodo de abstinencia. Su IP es de 25. Ninguno de estos métodos protege frente a las ITS.

En los adolescentes existen una serie de variables fisiológicas peculiares que disminuyen aún más su eficacia: la irregularidad de los ciclos en los primeros años tras la menarquia y ser métodos difíciles de comprender e interpretar. Son métodos de bajo coste, reversibles e inoocuos y, aunque poco aceptables para adolescentes, la elección depende de la

edad, situación personal, social y religiosa del usuario.

El coito interrumpido, aunque no es considerado propiamente un método anticonceptivo, sigue siendo uno de los más utilizados por los adolescentes, al tratarse de un método gratuito y accesible en cualquier momento. El IP oscila del 10-38.

Anticoncepción de barrera

La anticoncepción de barrera no interfiere en el ciclo menstrual y proporciona, en el caso del preservativo, protección adicional frente a las ITS, por lo que su uso es muy recomendable entre adolescentes, solo o asociado a otro método más eficaz.

Todos los métodos de barrera están clasificados como categoría 1 dentro de los criterios de elegibilidad de la OMS.

Preservativo

Se denomina preservativo externo al que se coloca en el pene (antes masculino) y preservativo interno al que recubre la vagina (antes femenino). Cumple la doble función de proteger frente al embarazo y a las ITS, por lo que se consideran métodos aconsejables durante la adolescencia. Se acepta que existe una gran diferencia entre la eficacia teórica y el uso típico: el IP teórico es 0,5-2 y el real de 8-14, según la población estudiada. En general, su índice de fallos es del 5% cuando se usa correctamente. La tasa de rotura oscila entre 0,5-3%, por lo que hay que avisar de esta posibilidad e indicar que, si tiene lugar antes de la eyacuación, solo hay que cambiar el preservativo, y si sucede después de la misma, utilizar la anticoncepción de emergencia.

La utilización conjunta del preservativo al mismo tiempo que un método de alta eficacia (píldora o DIU), conocido como "doble protección" (DP) no solo previene de las ITS, sino que además refuerza la acción anticonceptiva frente a posibles fallos de cumplimiento (olvidos, interacciones medicamentosas), más frecuentes entre los jóvenes⁽⁹⁾.

Otros métodos de barrera⁽⁸⁾

- **Espérmicidas:** protección añadida sobre las ITS, pero deben utilizarse asociados a otros métodos de barrera, pues la eficacia *per se* es escasa. IP de 15-20.

- **Diafragma:** tiene la ventaja de ser reutilizable y la desventaja de que no protege frente a las ITS y necesita un adiestramiento para su inserción. IP de 6-16.

Anticonceptivos hormonales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados proporcionan una elevada eficacia y efectos beneficiosos añadidos, que deben ser conocidos por los adolescentes.

La anticoncepción hormonal combinada (AHC) es reversible, de alta eficacia y seguridad, fácil de utilizar y no interfiere en la relación sexual ni en el desarrollo físico, por lo que es considerada una anticoncepción preferente y recomendable en la mayoría de adolescentes⁽¹⁰⁾.

Los AHC están compuestos por la combinación de estrógenos y gestágenos. La mayoría de los preparados contienen etinilestradiol (EE). En adolescentes, se recomiendan los que contienen dosis de 30-35 mcg. El gestágeno es diferente en cada preparado y, además de su función contraceptiva, ejercen distintas acciones biológicas, lo que permite hacer una selección individualizada del AHC más adecuado para cada mujer⁽¹¹⁾.

La **vía oral** es la más conocida y utilizada, también para las adolescentes. Tiene una alta eficacia, alcanza una tasa de embarazos de entre el 0,3 en uso perfecto y el 8 en uso típico, durante el primer año, con un IP medio de 2,1.

Para mejorar el cumplimiento y minimizar los efectos adversos, han ido apareciendo una amplia variedad de preparados orales con dosis de estrógeno cada vez menores y con nuevos esteroides, en paquetes monofásicos, con una dosis uniforme de estrógeno/gestágeno, o multifásicos (bi, tri o cuatrifásicos), en los que las dosis de estrógeno/gestágeno varían a lo largo de las píldoras activas. También se utilizan diferentes pautas: cíclicas, continuas o ampliadas. A la clásica pauta de 21 píldoras activas, se han unido nuevas presentaciones con el objeto de evitar olvidos: la de 21/7 (21 p. activas + 7 p. sin sustancia activa), o la de 24/4, que puede ser atractiva para algunas adolescentes porque, al acortar el periodo libre de fármaco, da la posibilidad de disminuir la duración del

sangrado y el síndrome premenstrual, y minimiza el riesgo de ovulación.

Hay comercializados AHC en régimen extendido (84-120 pastillas con un único intervalo de descanso de 7 días), que permite a la usuaria tener un solo sangrado cada 3-4 meses. El sangrado no programado es un problema común con estas pautas extendidas en los primeros tres a seis meses, pero la frecuencia disminuye con el tiempo y se vuelve similar a la de los regímenes cíclicos.

Otras vías de administración de los AHC son:

- **La vía transdérmica**⁽¹²⁾, mediante un parche que se cambia semanalmente durante tres semanas, seguidas de una semana de intervalo libre en la que se provoca el sangrado por privación. No es eficaz si la joven pesa más de 90 kg.
- **La vía vaginal**⁽¹³⁾ a través de un anillo flexible, en cuyo núcleo se encuentran dispersos el estrógeno y el gestágeno. La pauta utilizada es de 3 semanas de mantenimiento del anillo en vagina, retirarlo y volver a introducir uno nuevo, transcurrida una semana de descanso.

Estas vías no orales evitan el primer paso hepático, mantienen unos niveles constantes en sangre y su eficacia no se ve alterada en caso de trastornos digestivos (vómitos y diarreas). En segundo lugar, un aspecto extremadamente importante en las adolescentes es que, por su comodidad de uso y por evitar los olvidos, podrían favorecer el buen cumplimiento. Tanto la eficacia como el control de ciclo de las vías transdérmica y vaginal, son comparables a la píldora con un IP 1,24 el parche y 1,23 el anillo.

Los AHC aportan ventajas para las adolescentes, compartidas por todas las vías de administración, como su alta eficacia anticonceptiva, fácil utilización, rápida vuelta a la fertilidad tras el abandono, no tener relación con el coito y no ser necesaria la cooperación de la pareja.

Del mismo modo, van cobrando cada vez más relevancia los beneficios no contraceptivos que ofrecen los productos combinados y que van siendo conocidos por las propias mujeres, especialmente los relacionados con la corrección de ciclos irregulares, el beneficio sobre el acné, la seborrea o el hirsutismo que

acompaña algunos estados hiperandrogénicos⁽¹⁴⁾.

Los AHC aumentan en 5 veces el riesgo de trombosis, pero las adolescentes tienen muy bajo riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y, en todo caso, sería menor al riesgo que proporcionaría un embarazo⁽¹⁵⁾. Para minimizar el ya reducido riesgo vascular, bastaría con descartar la existencia de una migraña con aura (categoría 4 de los criterios de elegibilidad de la OMS, por aumentar el riesgo cerebrovascular), y la posibilidad de una trombofilia familiar, mediante la realización de una exhaustiva historia clínica; utilizar dosis bajas (menores de 50 mcg) de EE y emplear compuestos con gestágenos de menor riesgo trombótico, como levonorgestrel (LNG) o norgestimato.

Otro inconveniente, es la posible aparición de síntomas secundarios de índole menor que suelen ser pasajeros (gastrointestinales, cefaleas o mastalgia), de los que conviene informar, porque pueden ser causa de abandonos.

Anticonceptivos solo con gestágenos

La anticoncepción con gestágenos presenta el inconveniente de los patrones de sangrado irregulares. En adolescentes, se consigue una anticoncepción eficaz y de larga duración mediante el implante o el DIU hormonal.

La anticoncepción solo con gestágenos (ASG)⁽¹⁶⁾ es el uso de anticonceptivos hormonales que utilizan como único principio activo un gestágeno, evitando los riesgos asociados al uso de los estrógenos, fundamentalmente tromboembolismo. Los ASG tienen una excelente eficacia anticonceptiva, que se debe a la combinación de varios mecanismos de acción, entre los que destacan: la inhibición de la ovulación y el espesamiento del moco cervical.

Se emplean de forma continua, no secuencial y, por ello, el patrón de sangrado es muy variable: desde amenorrea hasta manchados-sangrados prolongados o sangrados regulares, pero más escasos. Para muchas mujeres esa irregularidad es inasumible y constituye el principal motivo de abandono.

La ASG puede emplearse por vía oral (píldora), parenteral (intramuscular y subdérmica) y endouterina (DIU-LNG).

- **Vía oral:** píldoras con desogestrel o drospirenona de toma diaria continua, iniciando el primer día de regla. La vida media de desogestrel es corta, por lo que si se olvida 12 o más horas, su eficacia se reduce y debe utilizarse un método anticonceptivo adicional (preservativo) durante los 2 días siguientes. La drospirenona tiene una vida media más larga por lo que solo hay que tener protección adicional si el olvido es superior a 24 horas, pero durante 7 días. IP:0,3.
- **Vía intramuscular:** inyección intramuscular profunda de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona (AMDP) con periodicidad trimestral. No se recomienda en menores de 18 años, porque induce osteopenia, que se recupera al dejar el tratamiento. La recuperación de las menstruaciones y la fertilidad puede tardar varios meses tras la suspensión. IP: 0,2.
- **Vía subdérmica⁽¹⁷⁾:** implante radiopaco, de varilla única, que contiene etonogestrel. Se inserta por vía subcutánea en la cara interna del brazo gracias a un aplicador, ejerciendo su acción durante tres años. IP: 0,05.
- **Vía endouterina⁽¹⁸⁾:** dispositivo intrauterino que libera levonorgestrel (LNG-DIU) de forma continua, siendo eficaz durante 5 años. Para las adolescentes existe un LNG-DIU de menor diámetro para disminuir el dolor de la inserción y con menor carga hormonal para tener sangrados periódicos. Además de su uso como anticonceptivo, está indicado para el tratamiento del sangrado menstrual abundante. IP: 0,2.

Uno de los problemas en el uso de cualquier método anticonceptivo por parte de las adolescentes, es el mal cumplimiento, debido a unas tasas de abandono elevadas, por lo que la utilización por las más jóvenes de métodos reversibles de larga duración (*long acting reversible contraception* [LARC]), como son: el DIU-LNG y el DIU de cobre, el implante e incluso el AMDP inyectable, propician una mayor efectividad que otros métodos hormonales, al presentar una menor tasa de abandonos y evitarse errores en su uso⁽¹⁹⁾.

Anticoncepción intrauterina no hormonal (DIU de cobre)

La prescripción de DIU entre adolescentes aún es minoritaria, pese a que se trata de un método muy eficaz y de larga duración.

A pesar de que su uso es excepcional en la población adolescente, la anticoncepción intrauterina proporciona una anticoncepción efectiva, de larga duración y alta seguridad, con un IP 0,6. Los motivos principales para no utilizar el DIU en adolescentes, son la falta de información sobre el método y las ideas erróneas que persisten entre los profesionales sanitarios⁽²⁰⁾. La edad y la paridad se consideran una categoría 2 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para la anticoncepción intrauterina, es decir, que los beneficios superan a los riesgos. Hay que informar a la joven que la colocación puede ser ligeramente dolorosa y el sangrado menstrual más abundante. La tasa de expulsión del DIU es mayor en las pacientes jóvenes y nulíparas.

Anticoncepción de emergencia (AE)

La AE supone la última posibilidad de evitar un embarazo no deseado, pero no debe utilizarse de forma habitual, porque su eficacia es mucho menor que la de otros métodos.

También llamada “píldora del día después”. Consiste en la toma de un fármaco o la inserción de un dispositivo intrauterino después de un coito vaginal desprotegido⁽²¹⁾. Es un método que supone una “segunda oportunidad” y como tal debe ser considerado, pues no debe sustituir a los anticonceptivos eficaces de uso regular y es importante recordar que no protege de las infecciones de transmisión sexual. Los tipos de AE disponibles en España son: píldora de LNG 1,5 mg; píldora de acetato de ulipristal (AUP) 30 mg; y la inserción de un dispositivo intrauterino. Ambas píldoras son de dispensación libre en farmacia sin necesidad de receta médica.

La eficacia de la píldora de LNG llega a las 72 h tras el coito; si bien, disminuye con el tiempo transcurrido. Actúa inhibiendo o retrasando la ovulación, pero no impide la implantación de un óvulo fecundado ni es teratogénico. La OMS en sus Criterios Médicos de Elegibilidad⁽⁵⁾

considera el uso repetido de LNG como categoría 1 (sin restricciones). No obstante, observa que es una indicación para que la mujer reciba consejo sobre otras opciones anticonceptivas.

El AUP es un modulador selectivo de los receptores de progesterona y está indicado como anticoncepción de urgencia dentro de las 120 horas (5 días) siguientes al coito de riesgo.

La inserción de un DIU de alta carga de cobre se puede utilizar hasta las 120 horas tras el coito de riesgo. Su eficacia es muy elevada, con tasas de fallos inferiores al 1%. Su mecanismo de acción consiste en una acción espermicida, dificultando la fertilización, pero si esta se ha producido, actúa como anti-implantatorio.

Métodos irreversibles

El recurso a la utilización de los métodos irreversibles (ligadura de trompas, vasectomía) en adolescentes, tan solo se contempla en situaciones extraordinarias, como pueden ser enfermedades que contraindiquen el embarazo, y lo que suele ser más habitual, en caso de deficiencia psíquica grave⁽⁸⁾.

Aspectos legales de la anticoncepción en España

El médico debe conocer la legislación vigente sobre edad de consentimiento sexual y ponerlo en conocimiento del adolescente para que, si fuera necesario, informe a sus progenitores.

En 2015, la reforma del Código Penal elevó la edad de consentimiento sexual de los trece a los dieciséis años, considerando como delito mantener relaciones con menores por debajo de esa edad.

Si una menor de 16 años acude a consulta para solicitar un tratamiento anticonceptivo, porque mantiene relaciones sexuales, el facultativo no tiene obligación de denunciar, pero sí tomar medidas para que la existencia de las relaciones sexuales pueda ser conocida por los padres de la menor y, estos últimos, activar, en su caso, los mecanismos de protección que procedan⁽²²⁾. La recomendación es que el facultativo preste el asesoramiento anticonceptivo y realice la prescripción, para evitar caer en la desatención y el riesgo

de un embarazo no deseado⁽²³⁾, pero que informe a la menor de la situación legal que se produce y que de ello deje constancia en la historia clínica, dando la oportunidad de que sea la propia menor la que gestione este asunto con sus padres.

La anticoncepción en Pediatría de Atención Primaria

Dado que la edad media de inicio de las relaciones sexuales con penetración está alrededor de los 16 años, no es excepcional que se consulte al pediatra acerca de los métodos anticonceptivos. El pediatra tiene una labor fundamental, no solo aconsejando y prescribiendo el método más adecuado, sino insistiendo en la utilización del preservativo de forma conjunta para evitar el riesgo de infecciones de transmisión sexual. También debe informar de los beneficios añadidos de la anticoncepción hormonal en cuadros frecuentes a esta edad como el acné, las alteraciones del ciclo o la dismenorrea.

Para prescribir un método anticonceptivo hormonal solo es preciso realizar una anamnesis que recoja antecedentes de enfermedades tromboembólicas en familiares menores de 50 años, la toma de la tensión arterial y el cálculo del IMC. Con ello, se puede iniciar el tratamiento, valorando remitir a la paciente al ginecólogo si presenta problemas con el método o si desea utilizar métodos de larga duración reversibles.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo según la autora.

- Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Ginebra: World Health Organization; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Puede consultarse en: <http://apps.who.int/iris>.
- Informe Juventud España 2020. Dirección General del INJUVE y Observatorio de la Juventud en España. Disponible en: www.injuve.es.

- Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles. SEC 2019. Observatorio de la salud sexual y reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTI-CONCEPCION_JOVENES.pdf.
- Dehlendorf C. Anticoncepción: asesoramiento y selección. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-and-selection/>. Consultado en enero de 2022.
- *** World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use 5º ed. Ginebra; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1/.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- González Marcos MI. Consejo contraceptivo en el adolescente: cuándo, dónde y cómo. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2015; 8: 148-54.
- *** Cancelo MJ, de la Viuda E., Rodríguez MJ, Parra I, Parera N, González JV. Anticoncepción en la adolescencia. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012.
- Grubb LK, AAP Committee on Adolescence. Barrier Protection Use by Adolescents During Sexual Activity. *Pediatrics*. 2020; 146: e2020007237.
- Quílez J. Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal. Protocolos de la Sociedad Española de Contracepción. 2019. Disponible en: <http://sec.es/>.
- Allen RH. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use/>. Consultado en enero de 2022.
- Burkman RT. Contraception: Transdermal contraceptive patches. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-transdermal-contraceptive-patches/>. Consultado en enero de 2022.
- Kerns J, Darney PD. Contraception: Hormonal contraceptive vaginal rings. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-hormonal-contraceptive-vaginal-rings/>. Consultado en enero de 2022.
- *** Rey Novoa M. Beneficios no contraceptivos en anticoncepción. Protocolo de la Sociedad Española de Contracepción. 2019. Disponible en: <http://sec.es/>.
- De Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 3: CD010813.
- Gutiérrez Ales J. Anticoncepción solo gestágenos. Protocolos de la Sociedad Española de Contracepción 2019. Disponible en: <http://sec.es/>.
- Darney Philip D. Etonogestrel contraceptive implant. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etonogestrel-contraceptive-implant/>. Consultado en enero de 2022.
- Madden T. Intrauterine contraception: Candidates and device selection. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-candidates-and-device-selection/>. Consultado en enero de 2022.
- Menon S, AAP Committee on Adolescence. Long Acting Reversible Contraception: Specific Issues for Adolescents. *Pediatrics*. 2020; 146: e2020007252.
- Jatlaoui TC, Riley HE, Curtis KM. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception*. 2017; 95: 17-39.
- Turok D. Emergency contraception. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/emergency-contraception/>. Consultado en enero de 2022.
- *** Abellán-García Sánchez F. Salud sexual y reproductiva del menor maduro y responsabilidad profesional. En: Manual Bioético-legal de consultas en salud sexual y contracepción. Sociedad Española de Contracepción. Exeltis; 2016. p. 17-26.
- ** Quintana Pantaleón C. Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2017; XXI: 312-22.

Bibliografía recomendada

- Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2018; 48: 115-27.

Muy completa y didáctica revisión de los métodos anticonceptivos, recogiendo los aspectos específicos de su empleo durante la adolescencia.

- Parera Junyent N, López García S, Llopis Pérez A. Habilidades para la comunicación con adolescentes. *Anticonceptivos*. EdikaMed. ISBN: 978-84-7877-734-1. 2012.

Es una herramienta muy útil para entender cómo debe realizarse la aproximación al adolescente si se quiere tener éxito en la consulta médica. Proporciona además argumentos para ayudar a los jóvenes a negociar prácticas de sexo seguro.

Caso clínico

Acude a consulta una adolescente de 15 años acompañada de su madre. Es esta quien ha solicitado la cita, porque su hija le ha contado que ha mantenido relaciones sexuales con su pareja y, aunque han utilizado preservativo, tiene miedo a que se rompa y se pueda quedar embarazada.

Antecedentes familiares: abuela materna con cáncer de mama. Padre fallecido a los 46 años por infarto de miocardio.

Antecedentes personales: enfermedades propias de la infancia. Sin cirugías ni alergias. No fumadora. Bebe alcohol ocasionalmente. Menarquia: hace 6 meses. Tipo menstrual: 5/28. Dismenorrea severa que requiere toma de antiinflamatorios cada 8 h los primeros días de la regla.

Exploración: 47 kg. Talla: 159 cm. Tensión arterial: 110/72.

El pediatra le pregunta a la joven qué método había pensado. Ella dice que todas sus amigas toman la píldora, porque les va genial para el acné y que quería tomarla.

El pediatra le explica a la paciente que, por sus antecedentes, tiene que hacer otras pruebas antes de saber si puede o no tomar la píldora. La madre comenta que ella no está a favor de que su hija tome anticonceptivos por el antecedente de la abuela y porque hace muy poco que ha tenido la primera regla, a ver si luego no va a poder tener hijos, por lo que le parece bien que el pediatra amplíe las pruebas complementarias.

¿Cuáles son las limitaciones para la prescripción de anticonceptivos hormonales en la adolescencia?

La población adolescente es por lo general sana. Las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales son las mismas que en mujeres adultas. El riesgo cardiovascular y de tromboembolismo es muy bajo a estas edades, por lo que el tabaquismo no se considera una contraindicación. Si lo es la existencia de trombofilias familiares o el cáncer hormono-dependiente. El antecedente de cáncer de mama en la familia no contraindica la toma de anticonceptivos.

Se pueden prescribir anticonceptivos desde la menarquia sin necesidad de dejar transcurrir ningún intervalo, porque no van a afectar a la talla final. El retorno a la fertilidad se produce poco después de cesar el uso y, la toma prolongada de los mismos, no influye en la reserva ovárica.

¿Cuáles son las exploraciones imprescindibles para prescribir un anticonceptivo hormonal?

Para prescribir un anticonceptivo hormonal, no es necesario realizar: una exploración ginecológica, una analítica o una citología. Basta con una anamnesis exhaustiva, descartando, fundamentalmente: eventos tromboembólicos en familiares <50 años, la toma de tensión arterial y el peso. Si la paciente refiere algún antecedente personal o familiar patológico, se harán las exploraciones complementarias pertinentes.

El pediatra señala que lo que le preocupa es el antecedente del padre y pregunta si hay otros familiares por parte paterna que hayan tenido infartos o trombosis. La madre dice que lo desconoce.

Hace una petición de analítica en la que incluye un estudio de trombofilias. Cuando recibe el resultado comprueba que la paciente es portadora heterocigota de la mutación del factor V de Leyden.

Cuando la joven acude de nuevo, el pediatra le informa del resultado de la analítica y que por esa alteración hematológica está contraindicada la toma de anticonceptivos hormonales combinados. La joven se muestra preocupada, porque en el intervalo entre las dos consultas ha tenido que tomar la píldora del día después en dos ocasiones, una por rotura del preservativo y otra porque su pareja se negó a ponerse.

El pediatra se toma el tiempo necesario para hablarle de la importancia de utilizar el preservativo, aunque se emplee otro método más eficaz.

¿Qué estrategias se pueden trabajar con los adolescentes para conseguir sexo seguro?

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

No debemos presuponer que lo sepan utilizar. Hay que instruirlos en un uso correcto (p. ej., aprender a colocarlos en modelos anatómicos y animar a los varones a ponerse uno antes de iniciar las relaciones coitales para habituarse).

En los adolescentes que ya lo utilizan, hay que preguntar sobre su uso en todos los coitos y su colocación adecuada a lo largo de todo el coito.

El miedo a la disminución del placer sexual, las dificultades para negociar con la pareja, la falta de información y la asociación de su empleo con relaciones sexuales promiscuas, son aspectos que condicionan su utilización y que el profesional de la salud deberá prever y negociar.

Una de las principales estrategias para el uso del preservativo en los jóvenes es llevar siempre uno, de cara a una relación sexual imprevista. Hay que recordarles que, si hay rotura o retención, pueden usar la anticoncepción de emergencia.

La joven asiente y se muestra convencida de ese razonamiento, pero insiste en si no podría usar algo más. El pediatra le habla de los métodos que solo contienen gestágenos y que podría utilizar, porque según las recomendaciones de los criterios de elegibilidad de la OMS son de categoría 2, es decir, que los beneficios superan a los riesgos.

Prescribe una píldora de solo gestágenos y le indica que debe iniciar la toma el primer día de la regla y tomarla continuamente, sin pausas de descanso. Le informa que el patrón de sangrado puede ser irregular, con manchados muchos días o ausencia de sangrado. Cita un control clínico en 6 meses.

Dos meses después, la joven acude de forma imprevista. Está muy preocupada, porque no ha tenido la regla en todo ese tiempo y teme que se haya quedado embarazada, aunque después de la charla que tuvieron, dice que siempre ha usado preservativo. El pediatra la tranquiliza y le explica que es normal la amenorrea.

¿Cuáles son los inconvenientes con la anticoncepción solo con gestágenos?

Las alteraciones en el sangrado menstrual son el principal motivo de fallos en el cumplimiento e incluso abandono de estos métodos. Puede ocurrir que la mujer entre en amenorrea, tenga sangrados regulares o sangrados irregulares frecuentes o prolongados, aunque siempre serán de escasa cantidad. Es importante informar a la usuaria que previo al uso no se puede prever cuál será en su caso el patrón de sangrado, pero el que presente en los 3 primeros meses de uso, suele ser predictivo respecto al comportamiento futuro.

Otros efectos secundarios desagradables son los cambios en el peso (AMP depot), aumento del acné y aparición de quistes funcionales de ovario (LNG-DIU).

Pasados los 6 meses, acude de nuevo a consulta y confiesa estar muy contenta con el método, porque al no tener regla tampoco tiene los molestos dolores de la misma. Reconoce que, en los últimos ciclos, se le han olvidado varias pastillas y, aunque se las tomó en cuanto se dio cuenta, ha tenido sangrados esporádicos e irregulares. La madre dice que su hija es muy despistada y tiene que ser ella quien le recuerde la toma.

¿Cuáles son las vías de administración de la anticoncepción solo con gestágenos?

La anticoncepción con gestágenos puede emplearse por cualquier vía: la oral mediante píldoras de toma diaria; parenteral, mediante inyección trimestral; subdérmica en el implante; y mediante dispositivos intrauterinos. Los tres últimos son también conocidos como anticoncepción de larga duración o LARC y son especialmente recomendados para adolescentes, porque ofrecen una cobertura anticonceptiva eficaz, a largo plazo y reversible.

El pediatra le explica que hay otras formas de utilizar los gestágenos: mediante implante subcutáneo o DIU. La madre dice que ella sabe que también hay una inyección cada tres meses, pero el médico no se la recomienda y le explica los motivos. Le cuenta también que ni el DIU ni el implante están financiados, aunque este último lo está a partir de los 18 años. Finalmente, optan por el implante. El pediatra solicita una cita al ginecólogo para la inserción del dispositivo, puesto que tiene que ser realizada por alguien adiestrado.



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. Señale la respuesta CORRECTA con relación al asesoramiento contraceptivo:

- El médico debe elegir el método que considere más adecuado para la adolescente.
- No se deben comentar con la paciente los posibles efectos secundarios de los anticonceptivos para evitar que los rechace.
- Cualquier método reversible puede ser utilizado por las adolescentes.
- Tras la prescripción, no es necesario realizar visitas médicas posteriores de control.
- No es necesario hacer una historia detallada, porque es una población sana.

10. Señale la respuesta CORRECTA sobre la prescripción de anticonceptivos en los adolescentes:

- Existen métodos anticonceptivos específicos para los adolescentes.
- Una vez instaurada la menarquia, se puede utilizar cualquier método anticonceptivo.
- Es necesario realizar una analítica con bioquímica y coagulación previa a la instauración de un tratamiento anticonceptivo hormonal.
- Los adolescentes que utilicen un método anticonceptivo de alta eficacia pueden dejar de emplear preservativo.
- Debe realizarse una citología vaginal previa a la instauración de cualquier método.

11. Con relación a los estudios epidemiológicos sobre sexualidad y anti-

concepción en los adolescentes españoles, es INCORRECTO que:

- La edad aproximada de la primera relación sexual es a los 16 años.
- El preservativo es el método más empleado por los adolescentes.
- El uso de DIU es minoritario en esta población.
- El preservativo es utilizado de forma correcta y habitual por los adolescentes.
- Aunque pocos lo reconocen, aún se continúa empleando el *coitus interruptus*.

12. La anticoncepción hormonal combinada NO está disponible en una de estas formas:

- Oral, en régimen de 21 píldoras activas + 7 placebo.
- Anillo intravaginal con 3 semanas de uso y 1 de descanso.
- Transdérmica, mediante parche de recambio semanal.
- Oral, en pauta extendida para hacer un descanso cada 3-4 meses.
- Parenteral, mediante inyección intramuscular trimestral.

13. Señale la respuesta INCORRECTA sobre los anticonceptivos que solo contienen gestágeno (ASG):

- Están disponibles en presentación oral, inyecciones *depot* e implantes.
- Se consigue un control adecuado del ciclo.
- Las inyecciones *depot* se asocian a disminución de la masa ósea.
- Existe un DIU de levonorgestrel más pequeño para disminuir el dolor al insertar.
- Pueden utilizarse en pacientes con contraindicación para anticonceptivos combinados.

Caso clínico

14. ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden emplear en adolescentes portadoras de trombofilia?, señale la respuesta CORRECTA:

- Los anticonceptivos hormonales combinados vía oral.
- El parche anticonceptivo y el anillo vaginal.
- Exclusivamente, los métodos que no contienen hormonas: preservativo y DIU de cobre.
- La esterilización tubárica.
- Cualquier método que no contenga estrógenos.

15. ¿Por qué el médico no considera adecuada la prescripción de la inyección que solicita la madre?, señale la respuesta CORRECTA:

- Porque es un método no comercializado en España.
- Porque la recuperación de la fertilidad puede tardar hasta 6 meses al suspenderla.
- Porque está contraindicada por su trombofilia.
- Porque la paciente es muy joven.
- Porque con la inyección se queda en amenorrea.

16. ¿Haber recurrido en dos ocasiones a la anticoncepción de emergencia puede haber puesto en riesgo la salud de la joven?, señale la respuesta CORRECTA:

- No, aunque no es lo recomendable.
- Sí, porque es una bomba hormonal que puede alterar el ciclo.
- Sí, por su riesgo de trombosis.
- No, porque como no es fumadora no aumenta el riesgo de trombosis.
- Solo aumentan los riesgos si la toma es en el mismo ciclo.