

Consejo contraceptivo en el adolescente: cuándo, dónde y cómo



M. I. González Marcos

EAP Cerro del Aire Majadahonda. Madrid. España

La juventud es inmoderada en sus deseos.

Émile Zola

Los buenos hábitos formados en la juventud marcan toda la diferencia.

Aristóteles.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos desarrollados para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, este grupo de edad sigue siendo vulnerable.

La conducta sexual de los jóvenes se ha modificado en las últimas décadas, adelantándose la edad de la primera relación coital, que actualmente ronda los 16 años, y que se acerca a los 14 años en algunos estudios recientes que incluyen la adolescencia temprana. La proporción de población sexualmente activa entre los jóvenes de 15 a 19 años también ha ido en aumento, y se sitúa a los 15 años en el 18%.

Los últimos datos estadísticos muestran que ha aumentado el uso de preservativo en la primera relación coital, aunque un importante porcentaje de jóvenes (11-33%) refieren no haber utilizado ningún método en su última relación, porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual. El coito interrumpido continúa siendo el segundo método **más utilizado (por detrás del preservativo)** y por delante de los anovulatorios) y apenas uno de cada tres jóvenes conoce el doble método. A nivel general, las prácticas de riesgo sexual están fuertemente asociadas a circunstancias de desventaja social.

Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que tras el ascenso de los embarazos en jóvenes entre 1996 y 2008, la tasa fue decreciendo hasta el año 2010, siendo en la actualidad la tasa de fecundidad en menores de 19 años seis veces menor que en adolescentes extranjeras. La tasa de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres adolescentes

tuvo una progresión ascendente hasta el año 2007, descendiendo posteriormente hasta estabilizarse en 2010.

Es importante conocer el cambio de la edad legal para consentir relaciones sexuales en España, que ha pasado de los 13 a los 16 años. “De esta manera, la realización de actos de carácter sexual con menores de dieciséis años será considerada, en todo caso, como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez” (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo).

CUÁNDO Y DÓNDE SE DEBE DAR EL CONSEJO CONTRACEPTIVO

El pediatra está en una posición ideal para dar información anticonceptiva: conoce los antecedentes familiares y personales del adolescente, tiene una larga relación de confianza con el joven y su familia y ha podido ofrecerle a lo largo de la infancia una educación afectivo-sexual. A ello hay que añadir el **fácil acceso y confidencialidad** para brindarle información que le ayude en la toma de decisiones sexuales saludables, incluyendo la abstinencia y el uso de anticonceptivos. Por otro lado, existe evidencia de que la educación sexual tiene un efecto disuasorio o de retraso del inicio precoz de relaciones coitales en adolescentes.

Aunque muchas de las intervenciones preventivas corresponden a otros sectores sociales, los profesionales sanitarios juegan también aquí un papel importante. La información que facilita el pediatra es, junto con la educación dada por la familia y la escuela, la que crea las bases para una sexualidad segura y gratificante en los jóvenes.

En el 2013 el grupo PrevInfad publicaba unas recomendaciones sobre consejo contraceptivo en las consultas de Pediatría, basadas en una rigurosa revisión de la doctora Julia Colomer, entre cuyas conclusiones se recogen los siguientes consejos:

- Como aspectos generales, se aconseja proporcionar información individualizada según preferencias, conocimientos y habilidades; ofrecer información verbal y escrita; brindar empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora, e informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.
- La efectividad del consejo contraceptivo en adolescentes que no han iniciado actividad sexual no se puede establecer, ya que existen pocos estudios. Es preferible enfocar los esfuerzos en identificar a los adolescentes que ya la han iniciado para que puedan recibir los consejos adecuados, bien en el propio centro de salud, o en el de salud sexual y reproductiva. Existen grupos de riesgo relacionados con condicionantes sociales que pueden ser identificados en Atención Primaria, y es importante que estas condiciones se recojan en las historias clínicas.
- Las intervenciones en el ámbito escolar y comunitario han demostrado ser efectivas. La combinación de elementos y ámbitos educativos (individual, familiar, escolar y comunitario) son las que han demostrado mayor eficacia en la reducción de comportamientos de riesgo sexual de los adolescentes, especialmente en aquellos pertenecientes a grupos de riesgo social.
- Una buena estrategia de trabajo para los pediatras de Atención Primaria es asegurar su vinculación y colaboración con los servicios comunitarios, escolares y otros servicios sanitarios relacionados (centros de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar).

Las recomendaciones para la práctica clínica se resumen en la **Tabla 1**.

¿CÓMO DAMOS EL CONSEJO CONTRACEPTIVO?

Para poder ofrecer una información adecuada a los adolescentes, se ha de tener conocimiento sobre los distintos métodos anticonceptivos (AC) y cuáles son más aconsejables para los jóvenes. Ello también será de ayuda para la promoción de la salud sexual y el tratamiento de los problemas ginecológicos comunes en la adolescencia.

No existe ningún método AC “ideal” para los adolescentes; se puede utilizar cualquiera y la edad no constituye una limitación para su uso. Cada joven o pareja, después de informarse y según sus circunstancias y peculiaridades, seleccionará el que más se ajuste a sus preferencias. Es conveniente que los métodos AC que se aconsejen se adapten a las características sociales y conductuales de los adolescentes que, en general, tienen relaciones sexuales irregulares, poco frecuentes y no previstas (espontaneidad y falta de planificación), y en los que es habitual una monogamia sucesiva (**Tabla 2**).

Otras características en este grupo de edad son: mayor exposición a las infecciones de transmisión sexual (ITS), no suelen ser regulares en la toma diaria de la píldora, toleran mal los posibles efectos secundarios de los AC, siendo el índice de abandono del tratamiento más alto que a otras edades. Por lo tanto, habrá que informar de los distintos métodos AC, conocer

Tabla 1. **Recomendaciones para la práctica clínica**

1. En todas las visitas del programa de salud infantil desde el inicio del desarrollo puberal:	
Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a la edad	
Realizar anamnesis para identificar actividad sexual	<p>Si no la ha iniciado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar que conoce los medios para prevenir el embarazo no deseado y la infecciones de trasmisión sexual • Conocer si está recibiendo educación en su familia o centro escolar e informar sobre los recursos locales • Dar consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación <p>Si ha iniciado la actividad sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejo individualizado de moderada a alta intensidad (dependiendo de su formación, el consejo puede realizarlo cualquier miembro del equipo pediátrico o ser ofrecido por otros profesionales): <ul style="list-style-type: none"> – Identificar comportamientos y prácticas de riesgo, relaciones con coacción o abusos – Comprobar la utilización correcta de protección y anticoncepción. Valorar la actitud, los conocimientos y las habilidades en su uso. Reforzar su utilización – Consejo adaptado al riesgo, conocimientos, habilidades y actitudes: si está indicado, recomendar anticoncepción (incluida la anticoncepción general y de emergencia) o derivar a un centro de planificación según recursos de la zona. No aconsejar la abstinencia como única opción preventiva • Valorar la realización o derivación para cribado de <i>Chlamydia</i> y otras infecciones de transmisión sexual
2. Intervención oportunista en consultas por sintomatología sugestiva de ITS o sospecha de embarazo	

ITS: infección de transmisión sexual.

Modificado de Colomer Revuelta J.².

las necesidades de la joven y/o pareja, identificar valores, creencias y personalidad, y valorar el estado de salud antes de decidirse por un método. Todos estos aspectos los suele conocer el pediatra por los años de contacto con la joven y su familia.

Cuando se compara la eficacia de los distintos métodos AC es importante diferenciar entre el uso perfecto y el uso “típico”, debiendo fundamentar el consejo en la eficacia del uso “típico” o habitual. Los métodos más seguros y eficaces, independientemente de la forma de uso, son los implantes y los dispositivos intrauterinos (DIU). La AAP (American Academy of Pediatrics) recomienda que los pediatras utilicen un enfoque «escalonado» en el consejo anticonceptivo, comenzando con los métodos más eficaces (Tabla 3).

Tabla 2. Características de las relaciones sexuales en el adolescente

- Inicio precoz de relaciones sexuales, con un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas al coito
- Relaciones sexuales irregulares, espaciadas y muchas veces no previstas
- Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la relación es breve: “monogamia sucesiva”
- Escasa y deficiente utilización de los métodos anticonceptivos, atribuible a desinformación, creencias erróneas, falta de previsión y dificultad en el acceso a los servicios sanitarios
- Dificultad para establecer la relación causa/efecto entre conducta sexual, que proporciona placer inmediato, y riesgo futuro de gestación y enfermedades de transmisión sexual
- Ocio mediatizado por consumo de alcohol y drogas

Cuando se prescribe un AC resulta conveniente constatar la madurez del o de la adolescente, aconsejar que informe a sus padres o tutores de que está utilizando un anticonceptivo o ha usado anticoncepción poscoital y registrar todo lo anterior en la historia clínica, incluyendo que el método AC escogido es médicamente elegible.

PRESERVATIVO

El preservativo es uno de los métodos AC preferentes en la adolescencia ya que protege tanto de las ITS como del embarazo no deseado y se adapta perfectamente a las características del AC ideal para los adolescentes. Es el más utilizado en menores. El problema es que muchas veces no los usan porque les encuentran una serie de inconvenientes, que conviene conocer para desmontar mitos y prejuicios sobre su uso, así mejorar el nivel de información y aumentar su utilización.

Es importante enseñarles y entrenarles en el uso adecuado del preservativo (Tabla 4), ya que la eficacia con el “uso normal o típico” (18%) es mucho menor que con el “uso perfecto” (2%).

Sería también deseable que desde la consulta del pediatra se difundiera el concepto de “doble protección”, que hace referencia al doble uso de métodos AC: el uso del preservativo por el varón y de la píldora por la mujer, con lo que se consigue una mayor protección frente a ITS y un aumento de la

Tabla 3. Eficacia de los métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo	Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso		Porcentaje de mujeres que continúan su uso en un año
	Uso típico	Uso perfecto	
Ningún método	85	-	-
Espermicidas	28	18	42
Conocimiento de fertilidad	24	-	47
Retirada	22	4	46
Preservativo femenino	21	5	41
Preservativo masculino	18	2	43
Diafragma	12	6	57
Píldora combinada y píldora solo de progestágeno	9	0,3	67
Parche anticonceptivo	9	0,3	67
Anillo anticonceptivo	9	0,3	67
Inyección de acetato de medroxiprogesterona (DMPA)	6	0,2	56
DIU T de cobre	0,8	0,6	78
DIU levonorgestrel	0,2	0,2	80
Implante anticonceptivo	0,05	0,05	84

Modificada de: Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83:397-404.

responsabilidad en la conducta sexual del varón (se comparten las medidas AC y de prevención de ITS por chicos y chicas).

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (ACH)

Pueden utilizarse desde la menarquia dado que no interfieren con el proceso de maduración sexual. Carecen de efectos a largo plazo sobre la fertilidad y no son teratógenos. Las jóvenes tienen menos riesgos de enfermedad cardiovascular y de otras posibles complicaciones relacionadas con su uso. Cualquier método anticonceptivo es más seguro que un embarazo no deseado y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el empleo sin restricciones de los ACH en las jóvenes.

Para prescribir ACH no existen requisitos mínimos, el médico debe conocer los distintos métodos hormonales, las contraindicaciones, normas de uso y manejar los posibles efectos secundarios, debiendo descartar historia familiar y personal de

enfermedades tromboembólicas, factores de riesgo cardiovascular en la joven y dar una información adecuada sobre su uso (Tabla 5). Es recomendable, aunque no imprescindible, hacer una exploración física que incluya: peso, presión arterial (PA) e inspección de la piel. En cuanto al examen ginecológico y la solicitud de pruebas complementarias, en una adolescente sana, sin factores de riesgo y sin problemas ginecológicos, no es necesario realizarlos. La petición de pruebas complementarias refuerza la percepción errónea en las jóvenes de que los AC hormonales son perjudiciales para la salud.

Las contraindicaciones son las mismas que en la mujer adulta, siendo las más frecuentes, dentro de las absolutas, la trombofilia, y entre las relativas la epilepsia, la enfermedad inflamatoria intestinal, la migraña con aura y la diabetes. En caso necesario se han de consultar los criterios médicos de elegibilidad de ACH (<http://bit.ly/eligibilidadACH>). Es importante remarcar el efecto negativo del tabaco, pero a esta edad su consumo no constituye una contraindicación para su uso.

Tabla 4. Recomendaciones para el uso correcto del preservativo

- Usar el preservativo en todas las relaciones coitales
- Comprar los preservativos en farmacias o establecimientos garantizados
- Los preservativos que están caducados o pegados no deben ser usados, al igual que los que no están íntegros
- Guardar los preservativos en lugar seco y fresco (no guardarlos mucho tiempo en la guantera, un bolsillo o un billetero)
- Comprobar la integridad y la fecha de caducidad del preservativo antes de usarlo
- Abrir el envoltorio evitando el uso de un instrumento cortante que podría erosionar el preservativo
- Colocar el preservativo en el pene desde el inicio de la erección. El pequeño anillo en el que está enroscado se debe colocar hacia el exterior. Pinzar el extremo del condón antes de desenrollarlo sobre el pene, para que quede un pequeño espacio libre de aire
- Desenroscar completamente el preservativo hasta la base del pene antes de la penetración. Si el preservativo no tiene reservorio en el extremo distal, dejar un pequeño espacio libre en el extremo del preservativo para que actúe de reservorio del semen.
- Si es necesario lubricar el preservativo, no usar vaselinas o lubricantes a base de derivados del petróleo, ni aceite o grasa vegetal, ya que puede dañar el látex del preservativo. Se han de usar solamente geles a partir de agua o cremas espermicidas. No usar saliva, pues puede contener gérmenes responsables de enfermedades de transmisión sexual
- Si se rompe en el curso del coito, retirar inmediatamente del pene y reemplazar el preservativo. En estos casos puede ser necesario un método contraceptivo de emergencia
- Después de la eyacuación, retirar el pene todavía en erección, manteniendo el borde del preservativo bien sujeto para evitar la salida de esperma o que el preservativo se pierda en la vagina
- Usar un nuevo preservativo en cada acto sexual. Tirar a la basura los preservativos después de su uso
- No hay que poner un preservativo sobre otro para obtener mayor seguridad, ya que el roce de uno sobre otro conlleva mayor riesgo de rotura

Tabla 5. Recomendaciones sobre el uso correcto de anticonceptivos hormonales

- La toma de ACH se inicia en los primeros 5 días del ciclo, no siendo necesario ningún método contraceptivo adicional, pero se puede empezar en cualquier momento (una vez descartado embarazo), empleando un método adicional (abstinencia o preservativo) en la semana siguiente
- La toma es diaria y mejor a la misma hora (no más de 2-3 horas de diferencia). Si se utiliza preparado de 21 días, el intervalo libre de píldoras no debe ser superior a 7 días
- Usar la doble protección para reducir el riesgo de ITS y en caso de olvido de alguna toma o cuando algún medicamento pueda interactuar con los ACO
- En caso de olvido:
 - Si ha sido una sola píldora, tomarla cuanto antes. Esto puede suponer la toma de 2 comprimidos el mismo día. No es necesaria ninguna medida adicional
 - Si fueron 2 píldoras seguidas durante las 2 primeras semanas del paquete, tomar 2 píldoras ese día y otras 2 el día siguiente. Utilizar un método de refuerzo en esa semana. Si ha tenido un coito no protegido usar AC de emergencia
 - Si fueron 2 píldoras durante la 3.ª semana del paquete, tirarlo y empezar uno nuevo ese mismo día. Puede ser que no tenga la regla esa semana. Si ha tenido un coito no protegido, usar AC de emergencia
 - Si fueron 3 píldoras, tirar el paquete y empezar uno nuevo ese mismo día. Si ha tenido un coito no protegido, usar AC de emergencia. Utilizar un método de refuerzo en esa semana
- Si olvida con frecuencia la toma de las píldoras debe plantearse otro método contraceptivo
- Si aparecen vómitos durante las 2 horas que siguen a la toma de la píldora, tomar otra de un envase de reserva y continuar después con la pauta habitual. En caso de vómitos o diarrea intensa, continuar la toma de la píldora y utilizar un método adicional mientras dure el proceso y al menos durante 7 días más. Si estos coinciden con la pausa mensual, iniciar el siguiente envase de inmediato

AC: anticonceptivos; ACH: anticonceptivos hormonales.

Existen actualmente en el mercado múltiples presentaciones de ACH, la Sociedad Española de Contracepción (SEC) mantiene en su página web información detallada y actualizada de los ACH disponibles a la venta en España (<http://bit.ly/ACHalaventa>).

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)

Todos contienen etinilestradiol (EE), con dosis que van desde los 40-50 µg, a dosis bajas de 20-35 µg o ultrabajas de 15 µg. Los estrógenos provocan un aumento de los factores de la coagulación con disminución de la antitrombina III, que conduce a un estado protrombótico. Al reducir las dosis de estrógenos disminuye el riesgo tromboembólico y también lo hacen la tensión mamaria, los vómitos y la cefalea, pero por contra, cuanto más baja es la dosis de EE hay mayor posibilidad de ovulación y, por tanto, de fallo contraceptivo por tomas erróneas y aumentan de los sangrados intermenstruales (*spotting*).

El otro componente de los AHC son los progestágenos. La mayoría de los efectos anovulatorios de la píldora se deben a la acción de los gestágenos. Estos pueden derivar de: 1) la 17-hidroxiprogesterona (medroxiprogesterona y ciproterona), que no tienen efectos androgénicos, 2) la 19-nortestosterona que son muy potentes (de segunda generación: norgestrel, levonorgestrel, clormadinona, dienogest; y tercera generación: norgestimato, desogestrel y gestodeno; estos últimos parecen tener más impacto sobre la coagulación); 3) la espironolactona, la drospirenona, que tiene acción antiminerlocorticoide que se manifiesta por un leve efecto diurético, y no tiene efectos androgénicos por lo que es útil en jóvenes con acné o hirsutismo. Parece tener un riesgo de enfermedad tromboembólica similar a los de tercera generación.

Efectos beneficiosos adicionales: los AHC tienen una serie de efectos colaterales que pueden considerarse beneficiosos, y que deben repasarse con la adolescente para aumentar su confianza y mejorar el cumplimiento regular en las tomas. Así, se sabe que controlan la dismenorrea en el 90% de los casos, disminuyen la metrorragia y regulan el ciclo menstrual (menos días de regla, menor cantidad y no dolorosa); permiten regular las hemorragias de privación; evitan las anemias, disminuyen la patología benigna de la mama, la enfermedad pélvica inflamatoria, los quistes ováricos funcionales, el cáncer de endometrio y de ovario y la osteoporosis. Los AHC que contienen ciproterona o drospirenona disminuyen el acné, el hirsutismo y la alopecia androgénica.

Los efectos adversos menores son poco frecuentes. La mayoría entran dentro de los mitos sobre el uso de la píldora e incluyen aumento de peso, náuseas, cloasma, disminución de la libido y depresión.

El mayor problema en las jóvenes es el cumplimiento, afectado por un lado por el miedo infundado a los efectos secundarios y, por otro, por los condicionamientos sociológicos que favorecen el abandono, los fallos y los olvidos.

¿QUÉ AHC RECOMENDAREMOS PARA ADOLESCENTES?

Se recomienda utilizar gestágenos de segunda generación por su menor riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) y mayor seguridad, con dosis de EE de 30-35 µg que disminuyen la posibilidad de fallos contraceptivos por toma errónea u olvidos, y tienen menor probabilidad de sangrados intermenstruales (mal tolerados por las jóvenes).

La AHC puede iniciarse en cualquier momento del ciclo. Idealmente, se comenzará el primer día de sangrado menstrual, de esta forma se consigue la máxima eficacia en el primer ciclo, pero también puede iniciarse hasta el quinto día del ciclo sin necesitar ninguna protección adicional. También pueden iniciarse el mismo día de la visita ("inicio rápido"), o el día después tras una AC de emergencia. En estos casos se debe usar protección anticonceptiva adicional durante la primera semana del uso de la píldora.

Cuando interesa evitar la hemorragia de privación por sangrado excesivo, dismenorrea importante o por molestias asociadas a la caída de los niveles hormonales, tales como cefalea menstrual, síndrome premenstrual y disforia premenstrual, o para adolescentes que prefieran la amenorrea, pueden prescribirse regímenes prolongados. Consisten en la toma de 42, 63 u 84 píldoras consecutivas, según prefiera o se considere más oportuno, seguidas de un intervalo libre de siete días. Puede recurrirse ocasionalmente a esta pauta de ciclos prolongados cuando resulte conveniente por razones personales (competiciones deportivas, exámenes, viajes).

Si se utilizan bien, los AHC orales son muy eficaces, con una tasa de fracaso de uso perfecto para todos los usuarios del 0,3%; sin embargo, la tasa de fracaso con un uso típico/normal es del 9%, lo que sugiere que la adherencia al tratamiento es clave en el uso de AHC.

Anillo vaginal (Nuvaring®): es un anillo flexible de material plástico (sin látex) que libera una dosis diaria de 15 µg de EE y etonorgestrel, evita el paso hepático, tiene alta eficacia

anticonceptiva y buen control del ciclo. El anillo contraceptivo presenta un mejor control del ciclo que la píldora combinada y el parche, con menos sangrados intermenstruales y amenorreas. Se coloca en la vagina por la usuaria (la posición dentro de la vagina no es importante), entre el primer y el quinto día del ciclo, se mantiene durante tres semanas que se siguen de una de descanso. Se suele tolerar bien, aunque los síntomas relacionados con el propio anillo: sensación de cuerpo extraño, especialmente durante el coito, leucorrea, mal olor vaginal y expulsión, aparecen con cierta frecuencia y en ocasiones son motivo de abandono. Si se retira durante el coito no debe permanecer fuera más de tres horas.

Parches transdérmicos (Evra®): parche que libera diariamente 150 µg de norelgestromina y 20 µg de EE. Tiene igual eficacia anticonceptiva que los anteriores, aunque se asocian a un aumento de la tensión mamaria que disminuye tras los primeros ciclos. Se aplica sobre piel limpia, seca y sin vello el primer día del ciclo y se cambia semanalmente durante tres semanas consecutivas, a las que sigue una de descanso. Pueden presentar algún problema por despegamiento y ocasionalmente reacción local en la zona de aplicación. La aceptabilidad de este método en adolescentes es menor, prefiriendo, en general, la píldora o el anillo vaginal.

Píldoras con solo gestágenos: no existen estudios que comparen su eficacia con la de la AHC, aunque se considera similar. Está especialmente indicada si existe alguna contraindicación para el uso de estrógenos. Contienen 75 mcg de desogestrel, se presentan en envases de 28, y se toman diariamente a la misma hora y de forma ininterrumpida, sin intercalar ningún periodo de descanso. Se asocian a mayor riesgo de fallo contraceptivo por olvido.

Anticoncepción reversible de larga duración

Implante anticonceptivo subcutáneo (Implanon®): varilla flexible, radiopaca, que contiene 68 mg de etonogestrel. Se ha establecido su seguridad y eficacia, que son muy altas. La OMS considera que se puede usar sin restricciones entre la menarquía y los 18 años. Está indicado en todas las adolescentes, incluidas las que no son buenas candidatas para otros métodos anticonceptivos, tanto por olvidos y estilo de vida como por problemas de capacidad intelectual, salud mental o conductas de riesgo. Además, es elegible médicamente si la adolescente tiene contraindicaciones para el uso de estrógenos. No parece afectar la densidad ósea. Su eficacia se mantiene durante tres años. Provocan amenorrea en un 20% de los casos y sangrado irregular en un 50%. No hay evidencia de retraso en el retorno

de la fertilidad ni asociación con cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido.

Preparado intramuscular DMPA (Depo-progevera®): contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona. Es un gestágeno de acción prolongada que se inyecta cada tres meses. Provoca disminución de la masa ósea, por lo que en menores de 18 años es preferible usar otro tipo de AC. Si otro método no es elegible, las ventajas de usar la DMPA, generalmente, superan a los riesgos. Provoca irregularidades del ciclo menstrual y un posible aumento de peso.

Dispositivo intrauterino: a pesar de que el DIU se usa muy poco en la adolescencia, la OMS lo considera de categoría 2, es decir, un método cuyas ventajas generalmente superan los riesgos. Los datos más recientes demuestran que los DIU son seguros para adolescentes nulíparas, no aumentan las tasas de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), son generalmente bien tolerados y que las tasas de continuidad y satisfacción son altas. El DIU de cobre incrementa el sangrado menstrual, la duración de este y la dismenorrea. El DIU con levonorgestrel, por el contrario, disminuye el sangrado menstrual, ocasiona amenorrea hasta en el 50% de las usuarias y alivia el dolor menstrual.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La llamada píldora del día siguiente ocupa un lugar importante en la AC de los adolescentes, dado que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección son muy frecuentes, así como la rotura de preservativos, los olvidos de píldoras o los fallos con el coito interrumpido. Se considera que por cada 1000 tratamientos se evitan 53 embarazos. Es la segunda oportunidad para prevenir un embarazo no deseado.

Sin embargo no debe ser utilizada como un anticonceptivo habitual, dada la menor efectividad en comparación con otros métodos AC de uso regular y porque no protege de las ITS, pero el uso repetido de AC de emergencia no conlleva riesgos conocidos para la salud.

Se utiliza levonorgestrel 1,5 mg en dosis única (Norlevo® y Postinor®, dispensados gratuitamente por muchos servicios de salud y de venta libre en farmacias), administrada dentro de las 72 horas siguientes a la relación sin protección, aunque hay estudios que avalan su eficacia hasta 120 horas después. La eficacia es mayor cuanto más pronto se utiliza después del coito.

Es conveniente entregar una hoja informativa a la adolescente explicando que tendrá una hemorragia por privación en la fecha prevista para la menstruación o antes. Si esta no

ocurre pasados 21 días desde la toma de la píldora, se debe hacer un test de embarazo.

No existen contraindicaciones absolutas para su uso, ni tiene efectos teratógenos.

Como alternativa, entre las 72 y las 120 horas poscoito, se puede utilizar acetato de ulipristal, pero todavía no está aprobado su uso en menores de 18 años. También puede considerarse la posibilidad de insertar un DIU de cobre, sin embargo, aunque es un método aprobado por la OMS, no se indica frecuentemente en las adolescentes y tiene que ser implantado por un ginecólogo.

CONCLUSIONES

Consejo contraceptivo en Pediatría:

- Cuándo: desde el inicio de la pubertad (control de salud de los 12 años).
- Dónde: familia, escuela, comunidad y sanitarios. En consulta tenemos que identificar la actividad sexual y valorar siempre la presencia de riesgos (social, abuso, coacción). Hay que adaptar el consejo a las circunstancias individuales.
- Cómo: el pediatra debe conocer los distintos métodos contraceptivos y dar un consejo escalonado, comenzando por los más eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013;17:171-84.
2. Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En: Recomendaciones Prevnifad / PAPPs [en línea] [actualizado el 30/03/2013, consultado el 14-09-2015]. Disponible en: <http://www.aepap.org/prevnifad/endits.htm>
3. Quintana C. Anticoncepción en la adolescencia. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. 2.ª edición. Madrid: Ergon; 2012.
4. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134:e1257-81.
5. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134:e1244-56.
6. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. En: Centers for Disease Control and Prevention [en línea] [consultado el 14/09/2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr59e0528.pdf>
7. Contraceptive choices for young people. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. En: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [en línea] [consultado el 14/09/2015]. Disponible en: <http://www.fsrh.org/pdfs/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf>
8. Anticoncepción hormonal combinada. Monofásicos con progestágenos de 2.ª generación. En: Sociedad Española de Contracepción [en línea] [consultado el 14/09/2015]. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/anticonceptivos-a-la-venta/>
9. Habilidades para la comunicación con adolescentes. Anticonceptivos. En: Sociedad Española de Contracepción [en línea] [consultado el 14/09/2015]. Disponible en: http://sec.es/descargas/AA_2012_Habilidades_anticonceptivos.pdf
10. Bonacho I. Anticoncepción hormonal. En: Guías Clínicas Fisterra [en línea] [consultado el 14/09/2015]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.asp>