



5º curso actualización
en **Pediatría**
www.aepap.org

Taller
**Manejo práctico de
anticonceptivos y anticoncepción
postcoital en adolescentes.
Casos clínicos con enfoque
ético-legal**

Moderadora:

M.^a Isabel González Marcos

Pediatra, CS Cerro del Aire. Majadahonda, Madrid.

Ponentes/monitoras:

■ M.^a Isabel González Marcos

*Pediatra, CS Cerro del Aire. Majadahonda,
Madrid.*

■ M.^a Carmen Ramos Ramos

*Pediatra, CS Cerro del Aire. Majadahonda,
Madrid.*

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

González Marcos MI, Ramos Ramos MC. Manejo práctico de anticonceptivos y anticoncepción postcoital en adolescentes. Casos clínicos con enfoque ético-legal. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 215-26.

Manejo práctico de anticonceptivos y anticoncepción postcoital en adolescentes. Casos clínicos con enfoque ético-legal

M.^a Isabel González Marcos

Pediatra, CS Cerro del Aire. Majadahonda, Madrid.

mabel_glez@hotmail.com

M.^a Carmen Ramos Ramos

Pediatra, CS Cerro del Aire. Majadahonda, Madrid.

RESUMEN

Los pediatras nos enfrentamos con un campo nuevo en nuestra práctica clínica, la prescripción de anticonceptivos en jóvenes, debido a los cambios que se están produciendo en el comportamiento de los adolescentes ante la sexualidad.

El marco ético-legal para el uso de anticonceptivos en menores está basado en el concepto del menor maduro y el derecho a la autonomía del joven, así como en el conocimiento y aplicación de las leyes vigentes.

Los métodos anticonceptivos más utilizados por los jóvenes son el preservativo y los anticonceptivos hormonales orales (ACO).

Se hace una revisión de los ACO, concluyendo que los más adecuados para su utilización por mujeres jóvenes son los que contienen dosis bajas de etinilestradiol de 30-35 µg y progestágenos de 2.^a generación.

Los nuevos sistemas de aplicación de anticonceptivos hormonales, como el anillo vaginal y los parches transdérmicos pueden ser útiles para jóvenes con mala cumplimentación de las tomas diarias.

Es importante que el pediatra conozca cómo utilizar la anticoncepción de emergencia con las pautas recomendadas actualmente de una dosis única de 1,5 mg de levonorgestrel.

INTRODUCCIÓN

Queremos abordar desde un punto de vista teórico-práctico, un tema ampliamente revisado en publicaciones y ponencias en los últimos años, pero casi siempre desde una perspectiva de especialistas en ginecología, sexólogos, educadores o desde la consulta joven. En este caso la orientación que vamos a hacer es desde la consulta del pediatra de Atención Primaria (AP).

Si bien, tradicionalmente, éste no es un tema pediátrico, todos hemos tenido, o tendremos alguna vez en nuestra vida profesional, que enfrentarnos a una adolescente embarazada, o dar consejo anticonceptivo a alguna joven, o recomendar anticoncepción de emergencia, o asesorar a unos padres de un hijo o hija con alguna deficiencia, sobre su derecho al disfrute de una sexualidad sin riesgos.

El pediatra está en una posición ideal para dar información anticonceptiva: conoce al paciente y sus antecedentes personales y familiares, tiene una larga relación de confianza con el joven y su familia, y puede ofrecer fácil acceso y confidencialidad al adolescente (tabla I)^{1,2}.

Analizaremos en este taller la situación actual desde el punto de vista ético legal y los métodos anticonceptivos de uso preferente en la adolescencia, para terminar con una serie de casos clínicos, todos ellos reales, como ejemplo de situaciones que serán cada día más frecuentes en nuestra práctica diaria.

ALGUNOS DATOS SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES, ANTICONCEPCIÓN, EMBARAZOS Y ABORTOS

Los cambios en la conducta sexual de los jóvenes se ponen de evidencia en los siguientes datos: actualmente en España la edad de la primera relación coital se sitúa entre los 17–18 años (más próxima a 17 en el caso de los varones) y se observa también un acercamiento en la edad de inicio entre chicas y chicos³.

El 11,9% de los jóvenes admiten no haber usado ningún tipo de anticonceptivo en su última relación, y hasta un 15,5% de chicos y un 8,2% de chicas reconocen no usar nunca métodos anticonceptivos³.

El método anticonceptivo más usado es el preservativo, tanto en hombres como en mujeres, seguido por la píldora anticonceptiva. Pero hasta el 30% de quienes dicen usar preservativo, lo hacen inadecuadamente.

En marzo del 2001 se aprobó y comercializó en España el levonorgestrel (“la píldora del día siguiente”) como método de anticoncepción postcoital o de emergencia. El número de mujeres que ha demandado este tratamiento ha ido aumentando paulatinamente: 14.338 en 2001 y más de 300.000 en 2004³.

El embarazo en adolescentes, generalmente no pla-

Tabla I. Recomendaciones para pediatras sobre educación sexual

1. Estimular a los padres a dialogar de forma sincera sobre la sexualidad y la anticoncepción desde el inicio de la infancia, adaptándose al nivel del desarrollo del niño.
2. No imponer valores, respetar sus actitudes, deseos, orientaciones y circunstancias integrándolos en la formación.
3. Mantener confidencialidad. Remitir a otros profesionales si no se siente cómodo o capaz.
4. Comprobar que está recibiendo orientación sexual en la escuela y en su familia, alentándola y colaborando. Aclarar individualmente informaciones erróneas, mitos y malentendidos.
5. Proporcionar información y accesibilidad a los servicios de salud reproductiva y AC de emergencia. Coordinar intervenciones con enfermería, trabajo social, etc.

Modificado de Colomer Revuelta J, Hurtado Murillo F. Educación sexual y afectiva en la adolescencia².

neado ni deseado, supone un problema de salud reproductiva con repercusión biológica, psicológica, económica y social, capaz de condicionar definitivamente el estilo de vida de la joven.

Las tasas de embarazos por mil han ido incrementándose en los últimos años, pasando la tasa de fecundidad del 8,32 en el año 1994 al 9,75 en el 2002 entre mujeres de 15 a 19 años. Hay diferencias entre las comunidades autónomas, correspondiendo las tasas menores a Navarra y las mayores a Canarias⁴.

Un solo embarazo no deseado, en una menor de 18 años, puede considerarse un fracaso de la salud pública de un país⁵.

La adolescente embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir o no su embarazo, para la que no está emocionalmente madura. Posiblemente sea una de las decisiones más difíciles y traumáticas que tenga que tomar en su vida.

Además, el diagnóstico del embarazo en la adolescente suele ser tardío. Esto tiene como consecuencia que si se realiza una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) pueda existir una mayor tasa de complicaciones por practicarse en el 2.º trimestre, o que sea imposible la realización de ésta dentro de los plazos legales. Si el embarazo, prosigue, la atención prenatal es tardía con el subsiguiente aumento de la morbilidad perinatal.

En nuestro país entre el 30-40% de los embarazos en las adolescentes termina en aborto, cifra que también ha ido en aumento en los últimos años, así en 1994 la tasa de IVE en mujeres de 15 a 19 años era de 4,2/1000 y en 2005 del 11,48/1000⁶. Esto supone que en España se realizan unas 6.000 IVE en mujeres entre 15 y 19 años, un 13,7% de todas las IVE practicadas.

Sólo el 57% de las jóvenes interrumpen su gestación antes de la 9.ª semana frente al 67% de mujeres mayores de 20 años, y hasta un 7% se somete a una IVE en el

2.º trimestre. Este retraso supone que la incidencia de complicaciones sea superior entre mujeres jóvenes.

Sin embargo, el problema principal son las complicaciones psicológicas. Las razones son miles, entre ellas: inmadurez psicológica, tanto para afrontar un embarazo como un aborto; situación inesperada que exige una toma de decisión en un corto espacio de tiempo; temor a las reacciones de los familiares más cercanos, sobre todo de los padres; irrevocabilidad de la decisión que se va a tomar; sentimiento de culpabilidad...

No obstante y pese a todo lo anteriormente expuesto, la mayoría de los autores opinan que desde el punto de vista físico y psicológico el aborto produce menos trastornos a la adolescente que la continuación del embarazo y la maternidad o la adopción.

La mejor manera de disminuir las cifras de abortos y de aliviar el sufrimiento que supone a estas chicas tan jóvenes el simple hecho de plantearse tener que abortar o pasar por ello, es ofrecer una educación sexual y unos métodos anticonceptivos eficaces.

ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Ante la demanda de anticoncepción por parte de una menor, al pediatra pueden plantearse cuestiones de índole ético legal en el sentido de si tiene que informar a los padres o quién tiene que dar el consentimiento y asumir las responsabilidades derivadas de los posibles efectos secundarios de la medicación. Pero, además, el pediatra está obligado a guardar el secreto profesional⁷ y el menor tiene derecho a confidencialidad. Por todo ello es necesario definir algunos términos y tener en cuenta las bases de la bioética y las leyes de nuestro país en materia reguladora:

1. El médico deberá obrar siguiendo los principios básicos de la ética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia⁸.

Las bases de la bioética consideran que la madurez y la conciencia moral de un individuo se

adquieren a través de un proceso largo de maduración. Así se ha ido conformando la consideración ética del "menor maduro", que reconoce la capacidad de un menor de comprender y evaluar el alcance de sus acciones⁹.

2. En el ámbito de la legalidad debemos tener en cuenta dos leyes: la ley de protección jurídica del menor (Ley 1/1996)¹⁰ y la ley básica reguladora de la autonomía del paciente (Ley 41/2002)¹¹.

La ley de protección jurídica del menor recoge en su artículo 4 el derecho a la intimidad personal del menor:

La ley de autonomía ha reconocido explícitamente la evolución en la madurez de los niños y adolescentes con cambios significativos en la legislación. Así, en el artículo 7 la ley reconoce el derecho a la intimidad, en el artículo 8 se habla del consentimiento informado y en el artículo 9 del consentimiento por representación sólo para los casos de incapacitados y menores de edad no maduros. Si el menor tiene 12 años cumplidos tiene derecho a ser oído y su opinión tenida en cuenta.

No cabe el consentimiento por representación si se trata de menores emancipados (no incapaces ni incapacitados) o con 16 años cumplidos.

Por tanto, se establece una *nueva mayoría de edad sanitaria a los 16 años*, salvo para tres supuestos concre-

tos (artículo 9.4): la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que mantienen la mayoría de edad a los 18 años.

A efectos prácticos podemos resumir las edades con significado legal:

- 12 años: derecho a ser oído.
- 13 años: capacidad de consentir relaciones sexuales sin que sea delito. Implica denunciar si se conocen relaciones por debajo de esta edad.
- 12-16 años: menores que pueden dar su consentimiento en razón a su madurez considerada por el profesional.
- 16 años: mayoría de edad sanitaria excepto en los tres supuestos antes mencionados.

Cuando un menor entre 13 y 16 años consulta sobre la sexualidad y sus prácticas, el profesional sanitario debe:

- Valorar la madurez del menor. Para establecer el grado de madurez el profesional deberá basarse en cuatro principios que debe reconocer en el menor: comprende, motiva, pondera y acude.
- Asegurarse de que las relaciones son consentidas.
- Informar y asesorar.

Tabla II. Características de las relaciones sexuales en adolescentes

1. Inicio precoz de relaciones coitales y un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas, al coito.
2. Relaciones sexuales irregulares, espaciadas y muchas veces no previstas.
3. Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la relación es breve. Lo que podríamos llamar "monogamia sucesiva".
4. Escasa y deficiente utilización de los métodos anticonceptivos atribuible a desinformación sobre anticoncepción, y sobre riesgo de embarazo creencias erróneas ("la 1.ª vez es imposible el embarazo"), falta de previsión y dificultades en los accesos a los servicios.
5. Dificultades para establecer las relaciones de causa/efecto entre conducta sexual que proporciona placer inmediato y riesgo probable futuro de gestación y ETS.
6. Ocio mediatizado por consumo de alcohol y drogas.

Lo ideal es un proceso de diálogo donde se expliquen al menor los aspectos sanitarios, garantizando la confidencialidad y animándole a informar a sus padres u ofrecerse como mediador si él así lo desea¹².

En todos los casos conviene anotar en la historia clínica¹³:

- La paciente es madura y entiende nuestros consejos.
- Va a seguir manteniendo relaciones sexuales.
- No existen contraindicaciones para el uso de anticonceptivos.
- Se le aconseja informar a sus padres o tutores.
- Hemos actuado siguiendo el máximo interés para la joven.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

No existe ningún método anticonceptivo (AC) "ideal" para los adolescentes, ya que se puede utilizar cualquiera y la edad no constituye una limitación para su uso.

Es conveniente que los métodos que se aconsejen se adapten a las características sociales y conductuales de los adolescentes, que tienen relaciones sexuales irregulares, poco frecuentes y no previstas, y que, en general, se caracterizan por una monogamia sucesiva (tabla II)¹⁴. Este grupo de edad está más expuesto a las enfermedades de transmisión sexual (ITS), no suelen ser regulares en la toma diaria de ACO, toleran mal los posibles efectos secundarios de los AC, con un mayor índice de abandono del tratamiento. Otras cuestiones que hay que considerar es que muchas veces están ocultando su actividad sexual y el uso de AC a su familia, y tienen poca capacidad económica para su compra.

El AC ideal para los adolescentes será el que cumpla

esta serie de requisitos: ser reversible, eficaz, fácil de usar, económico, que no interfiera en su desarrollo y que se adapte a las características de su actividad sexual¹⁵.

Los AC para los adolescentes se clasifican según la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) en:

- Preferentes: preservativo y anticonceptivos hormonales orales (ACO), parche y anillo vaginal.
- Aceptables: diafragma y esponja vaginal, espermicidas, AC hormonales inyectables o intradérmicos.
- Menos aceptables: DIU, abstinencia periódica, AC quirúrgica.
- De emergencia: AC postcoital.

Es evidente que el método AC preferente en esta edad es el preservativo, 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. El problema es que los jóvenes no los usan siempre porque les encuentran una serie de inconvenientes. Debemos conocer estos mitos y prejuicios sobre el uso de preservativos y mejorar el nivel de información de los jóvenes para aumentar su utilización.

Es importante enseñarles y entrenarles en el uso adecuado de preservativos (tabla III).

Sería también interesante que desde la consulta del pediatra se difundiera el concepto de "doble protección" o "doble seguridad", término acuñado en Holanda y que hace referencia al doble uso de métodos AC: el preservativo por el varón y la píldora por la mujer, con lo que se consigue una mayor protección frente a ITS y un aumento de la responsabilidad en la conducta sexual del varón (se comparten las medidas AC y de prevención de ITS por chicos y chicas)¹⁵.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Pueden utilizarse desde la menarquia, porque no interfieren en el proceso de la maduración ni en el eje hipotálamo-hipofisario, ya que las dosis hormonales utilizadas son muy bajas. Carecen de efectos a largo plazo en la fertilidad y no son teratógenos.

También hay que tener en cuenta que las jóvenes tienen menos riesgos de enfermedad cardiovascular y de otras posibles complicaciones relacionadas con el uso de AC hormonales¹⁶.

Cualquier método anticonceptivo es más seguro que un embarazo no deseado y la OMS recomienda el uso sin restricciones de los AC hormonales en las jóvenes¹⁷.

Los AC hormonales estarían indicados en adolescentes que mantienen relaciones sexuales con frecuencia y no requieren protección frente a ITS, si hay riesgo de éstas, deben usar también preservativo: "doble protección".

Para prescribir AC hormonales el médico debe:

- Conocer los distintos métodos hormonales, sus contraindicaciones, normas de uso y manejar sus efectos secundarios.
- Descartar historia familiar y personal de enfermedades tromboembólicas y valorar factores de riesgo cardiovascular de la joven.
- Dar una información adecuada sobre su uso (tabla IV).

Es recomendable, aunque no imprescindible, hacer una exploración física con peso, tensión arterial (TA) e inspección de la piel. Para una adolescente sana, sin factores de riesgo y sin quejas ginecológicas, no es necesaria una exploración ginecológica ni una analítica. A veces hacerla refuerza la percepción errónea de las jóvenes de que los AC son perjudiciales para la salud¹⁸.

Es importante remarcar el efecto negativo del tabaco, pero a esta edad su consumo no constituye una contraindicación para el uso de AC hormonales¹⁹.

Tabla III. Recomendaciones para el uso correcto de preservativo

1. Usar del preservativo en todas las relaciones coitales.
2. Comprar preservativos en farmacias o establecimientos garantizados.
3. Comprobar la integridad y la fecha de caducidad del preservativo antes de usarlo.
4. Abrir el envoltorio evitando el uso de un instrumento cortante que podría erosionar el preservativo.
5. Colocar el preservativo en el pene desde el inicio de la erección. El pequeño anillo en el que esta 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.
6. 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.
7. Si es necesario lubricar el preservativo, no usar vaselinas o lubricantes a base de derivados del petróleo, aceite o grasa vegetal, ya que puede dañar el látex del preservativo. Se han de usar solamente los geles a partir de agua o bien las cremas espermicidas. No usar la saliva, pues puede contener gérmenes responsables de ETS (VIH por ejemplo).
8. 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.
9. Después de la eyaculación 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.
10. Usar un nuevo preservativo en cada acto sexual. Tirar a la basura los preservativos después de su uso.
11. No hay que poner un preservativo sobre otro para obtener mayor seguridad, ya que el roce de uno sobre otro conlleva un riesgo de rotura.
12. Los preservativos que están caducados o pegados no deben ser usados, al igual que los que no están íntegros.
13. Guardar los preservativos en lugar seco y fresco (no guardarlos mucho tiempo en la guantera, un bolsillo o un billetero).

Modificado del Population Report de 1987. En Serfaty D, editor. Contraception. Paris: 1988.

Las contraindicaciones del uso de AC hormonales son las mismas que en la mujer adulta, siendo las más importantes en este grupo de edad, dentro de las absolutas la trombofilia, migraña con aura, obesidad > 35 IMC y en las relativas la epilepsia, enfermedad inflamatoria intestinal, migraña sin aura y diabetes²⁰.

TIPOS DE AC HORMONALES

Existen en el mercado múltiples presentaciones de AC hormonales (tabla V). Vamos a revisar sólo los ACOs combinados, que son los que se usan con más frecuencia, y los de nueva aparición de aplicación intravaginal (anillo vaginal) y transdérmica (parches) que por su forma de administración pueden ser útiles en adolescentes, menos constantes en la toma diaria.

Los AC orales combinados están compuestos por:

1. *Estrógenos*: todos contienen etinilestradiol (EE). Los primeros que aparecieron contenían dosis altas de EE 40-50 µg, actualmente tienen dosis
2. *Gestágenos*: el otro componente de los AC hormonales combinados son los progestágenos. La mayoría de los efectos anovulatorios de la pí-

bajas de 20-35 µg o ultrabajas de 15 µg. Los estrógenos provocan un aumento de los factores de coagulación con disminución de la antitrombina III lo que conlleva un estado protrombótico, pero con las dosis actuales apenas aumenta el riesgo tromboembólico y se han disminuido los efectos secundarios cardiovasculares²¹. Al reducir las dosis de estrógenos también se disminuyen la tensión mamaria, los vómitos y la cefalea, pero por otro lado cuanto más baja es la dosis de EE hay más posibilidad de ovulación y por tanto de fallo contraceptivo por las tomas erróneas. También se produce un aumento de los sangrados intermenstruales. La evidencia científica disponible no muestra diferencias significativas entre los preparados de 15, 20 y 30 µg de EE, aunque con los de 15 y 20 µg hay más alteraciones en los patrones de sangrado²².

Tabla IV. Recomendaciones sobre el uso correcto de ACO

1. Habitualmente, la toma de ACO suele iniciarse los primeros cinco días del ciclo; de esta forma no es necesario ningún método contraceptivo adicional. En adolescentes, para mejorar el cumplimiento, se puede empezar en cualquier momento (una vez descartado embarazo), empleando un método adicional (abstinencia o preservativo) en la semana siguiente.
2. La toma ha de ser diaria y preferiblemente a la misma hora (no se recomiendan intervalos superiores a las 2-3 horas). Si se utilizan preparados de 21 días, el intervalo libre de píldoras no debe ser superior a 7 días.
3. Debe recomendarse la doble protección, para aumentar la efectividad y reducir el riesgo de ITS. Más aún, en caso de olvido de alguna toma o cuando algún medicamento pueda interactuar con los ACO.
4. 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 anticoncepción 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 anticoncepción 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.
5. Las mujeres que olvidan con frecuencia la toma de las píldoras deben plantearse otro método contraceptivo.
6. 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 episodios de gastroenteritis (con 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 éstos coinciden con la pausa mensual, iniciar el siguiente envase de inmediato.

Tomado de Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en adolescentes²⁴.

Tabla V. Anticonceptivos hormonales autorizados en España

VÍA	TIPO	ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO	ESPECIALIDAD	PRECIO €/ENV.
Oral	Monofásico Gestágeno 2. ^a	Etinilestradiol 50 µg	Levonorgestrel 250 µg	Neogynona® 21 c	4,99
				Ovoplex® 21 c	4,79
	Monofásico Gestágeno 2. ^a	Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 150 µg	Microgynon® 21c Ovoplex® 30/150 21g	4,50 1,72
	Monofásico Gestágeno 2. ^a	Etinilestradiol 20 µg	Levonorgestrel 100µg	Loette® 21 comp (3x21)	10,55 31,64
	Monofásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 20 µg	Desogestrel 150 µg	Suavret® 21 comp (3x21)	8,95 23,79
	Monofásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 30 µg	Desogestrel 150 µg	Microdiol® 21 comp	6,99
	Monofásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 30 µg	Gestodeno 75 µg	Gynovin® 21c(3x21) Minulet® 21c (3x21)	6,70/19,99 7,00/21,00
	Monofásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 20 µg	Gestodeno 75 µg	Harmonet® 21c(3x21) Meliane® 21c (3x21) Meliane Diario® 28com (3x28)	9,00/27,00 9,00/27,00 9,00/27,00
	Monofásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 15 µg	Gestodeno 60 µg	Melodene® 15 28c Minesse® 15/60 28com (3x28)	9,97 9,89/29,68
	Monofásico Drospirenona	Etinilestradiol 30 µg	Drospirenona 3 mg	Yasmin® 21 c (3x21) Yasmin diario® 28c (3x28)	11,71/34,34 11,71/34,34
	Monofásico Drospirenona	Etinilestradiol 20 µg	Drospirenona 3 mg	Yasminelle® 21comp Yasminelle diario® 28comp	11,71 11,70
	Monofásico antiandrógeno	Etinilestradiol 35 µg	Acet. ciproterona 2 mg	Diane 35® 21comp.	8,50
	Bifásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 40 Etinilestradiol 30	Desogestrel 25 µg Desogestrel 125 µg	Gracial® 22 comp. (3x22)	9,97 28,45
	Trifásico Gestágeno 2. ^a	Etinilestradiol 30 Etinilestradiol 40 Etinilestradiol 30	Levonorgestrel 50 Levonorgestrel 75 Levonorgestrel 125	Triagynon® 21 comp Triciclor®21 comp.	5,50 5,50
	Trifásico Gestágeno 3. ^a	Etinilestradiol 30 Etinilestradiol 40 Etinilestradiol 30	Gestodeno 50 Gestodeno 70 Gestodeno 100	Triminulet® 21 comp. Trigynovin® 21 comp (3x21)	7,00 6,70/19,99
IM		Enantato de estradiol 10 mg	Acetofénido de algestona 150 mg	Topasel® I o 3 amp.	3,12
Trans dérmicos		Etinilestradiol 20 µg/d	Norelgestromina 150 µg/d	Evra® 3 o 9 parches	14,50 43,50
Vaginal		Etinilestradiol 15 µg/d	Etonorgestrel 0,12 mg/d	Nuvaring® lanillo vaginal	13,98
Oral	Progestágeno solo		Desogestrel 75 µg	Cerazet® 28 comp. (3x28)	6,14
IM	Progestágeno solo		A. Medroxiprogesterona 150 mg.	Depo Progevera® I vial	2,55
Subcutáneo	Progestágeno solo		Etonogestrel	Implanon® I implante	162
	Progestágeno solo		Levonorgestrel	Jadelle® 2 implantes	158
DIU	Progestágeno solo		Levonorgestrel 52 mg	Mirena® DIU	164

Modificado de López de Castro F, Lombaría Prieto J. Novedades en anticoncepción hormonal²¹.

dora proviene de la acción de los gestágenos. Éstos pueden derivarse de:

- a. 17-hidroxiprogesterona: sin efectos androgénicos. Medroxiprogesterona y ciproterona son los más utilizados de este grupo. Actualmente sólo se aprueba el uso de ciproterona para tratamiento de enfermedades andrógeno-dependientes, no sólo con fines anticonceptivos.
- b. 19-nortestosterona: son muy potentes y cuanto más modernos más potentes. Los de 2.^a generación son el norgestrel y el levonorgestrel, los de 3.^a generación son el norgestimato, desogestrel y gestodeno. La designación de 1.^a, 2.^a ó 3.^a generación está basada en el momento de la introducción en el mercado y no en diferencias estructurales, fisiológicas o de eficacia, aunque los de 3.^a generación parecen tener más impacto sobre la coagulación¹⁹.
- c. Derivado de espironolactona: la nueva molécula drospirenona, tiene acción antiminerocorticoide que se manifiesta con un leve efecto diurético. Sin efectos androgénicos.

Efectos secundarios

Los AC hormonales combinados tienen una serie de efectos colaterales que pueden considerarse como beneficiosos, y que deben repasarse con la adolescente para aumentar su confianza en la píldora y mejorar su cumplimentación.

Controlan la dismenorrea en el 90% de los casos, disminuyen la metrorragia y regulan el ciclo menstrual (menos días de regla, menos cantidad y no dolorosa). Evitan las anemias, disminuyen la patología benigna de la mama, también disminuyen la enfermedad pélvica inflamatoria, el cáncer de endometrio y de ovario y la osteoporosis. Los ACO que tienen ciproterona disminuyen el acné, el hirsutismo y la alopecia androgénica.

Los efectos adversos menores son poco frecuentes y sólo aparecen en cierto tipo de mujeres e incluyen el aumento de peso, náuseas, cloasma, disminución de la libido y depresión¹.

El riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) es escaso y aunque no hay estudios en jóvenes, el efecto de los estrógenos es mínimo al reducirse las dosis, y con respecto a los gestágenos los datos son los siguientes¹⁶:

- Riesgo general de TEV en mujeres: 5 casos/100.000 mujeres/año.
- Gestágenos 2.^a generación: 15 casos/100.000 mujeres/año.
- Gestágenos 3.^a generación: 25 casos/100.000 mujeres/año.
- Embarazo: 60 casos/100.000 mujeres/año.

El riesgo desaparece al dejar el tratamiento.

La Agencia Europea del Medicamento advierte del mayor riesgo teórico de TEV en el primer año de utilización de gestágenos de 3.^a generación¹⁹.

Con respecto al nuevo gestágeno, la drospirenona, disminuye la retención de líquidos no produciendo aumento de peso, y controla TA, mejora el acné por ausencia de efecto androgénico, aunque los riesgos tromboembólicos no están documentados^{16,21-23}.

¿Cuál ACO recomendaremos para adolescentes?

Se recomienda utilizar gestágenos de 2.^a generación por su menor riesgo de TEV y más información de seguridad, con dosis de EE de 30-35 µg que disminuyen la posibilidad de fallos por toma errónea u olvidos, y tienen menor probabilidad de sangrados intermenstruales (mal tolerados por las jóvenes). Mejor monofásicos que son más sencillos de usar¹⁷ y no existe evidencia de ventajas con los bifásicos o trifásicos.

Están comercializados con EE 30 µg y levonorgestrel 150 µg: Microgynon® y Ovoplex® 30/150. Además son los más baratos y el 2.º está financiado por el SNS.

En casos de acné o hirsutismo se podrá usar Yasmín® (con drospirenona)²¹.

Cumplimiento y controles

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 olvidos.

Es importante facilitar el acceso telefónico a la consulta para dudas y consultas.

Los controles se realizarán cada 3-6 meses el primer año y luego cada 6-12 meses, con control de peso, TA, dudas, control de uso adecuado y conducta sexual y educación sanitaria. En estos controles se realizará control analítico sino se hizo al inicio, y se derivará a la joven a los controles ginecológicos preventivos habituales (cada 3 años)¹⁸.

Otros sistemas de aplicación de AC hormonal combinada

- Anillo vaginal (Nuvaring®): es un anillo flexible de material plástico que libera una dosis diaria de 15 µg de EE y etonorgestrel (3.ª generación), se evita el paso hepático, por lo que las dosis son menores, con menos efectos secundarios, pero con alta eficacia anticonceptiva y buen control del ciclo. Se coloca en la vagina por la usuaria, (la posición dentro no es importante), el primer día del ciclo y se mantiene tres semanas y luego una de descanso. Se suele tolerar bien, aunque aumenta el flujo vaginal y algunas mujeres tienen molestias locales (sensación de cuerpo extraño) o durante el coito (se puede extraer durante 3 horas sin riesgos)²¹⁻⁴.

- Parches transdérmicos (Evra®): parche que libera diariamente 150 µg de norelgestromina (3.ª G) y 20 µg de EE. Evita el paso hepático con lo que aumenta biodisponibilidad. Igual eficacia anticonceptiva, aunque con aumento de la tensión mamaria que disminuye tras los primeros ciclos. Se aplica el parche en piel limpia sin vello el primer día del ciclo y se cambia semanalmente tres semanas y luego una de descanso. Presentan algún problema por despegamiento y ocasionalmente reacción local en la zona de aplicación²¹⁻⁴.
- AC hormonal combinado inyectable: en jóvenes con discapacidad psíquica que no puedan hacerse cargo de su autocuidado, se pueden utilizar AC combinados inyectables, como Topasel® IM mensual¹⁻¹⁸.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La AC de emergencia se refiere a los métodos que pueden utilizar las mujeres para prevenir un embarazo no deseado, en caso de emergencia, dentro de los días posteriores a una relación coital sin protección. Es la 2.ª oportunidad para prevenir un embarazo no deseado.

La AC de emergencia no debe ser utilizada como método anticonceptivo habitual dada la menor efectividad en comparación con otros métodos AC de uso regular y que no protege de las ITS.

Existen varios métodos de AC de emergencia:

- ACO combinados con estrógenos y progestágenos en dosis mayores que las habituales. Es el llamado método Yuzpe. (Ovoplex® o Neogynona® 2 comp./12 horas 1 día).
- Progestágenos solos: levonorgestrel en 2 dosis de 0,75 mg cada 12 horas o en dosis única de 1,5 mg.
- Otros: inserción de DIU con levonorgestrel (coito de riesgo entre 72 y 120 horas previas).

Actualmente la pauta recomendada por la OMS es una *dosis única de 1,5 mg de levonorgestrel* que facilita su uso sin disminuir eficacia ni aumentar efectos secundarios²⁵.

Mecanismo de acción: no está totalmente aclarado; su mecanismo primario es impedir la ovulación, alterando el desarrollo del folículo y del cuerpo lúteo, además impide la fertilización por alteración del moco cervical. También parece tener acción sobre el endometrio impidiendo la implantación del huevo fertilizado. No se considera abortivo porque se acepta que el embarazo comienza cuando el ovulo fertilizado se ha implantado (OMS)²⁶.

Indicaciones: la AC de emergencia estaría indicada después de un coito sin protección, cuando han ocurrido fallos en el método AC habitual o se han utilizado de forma incorrecta y tras agresión sexual en mujer no protegida por un método AC.

Eficacia: la eficacia global de prevención de embarazos es alrededor de un 85%. Si se utiliza en los 5 días posteriores al coito sin protección se reducen las probabilidades de embarazo en un 60-90%. La eficacia es mayor cuanto más pronto se utiliza después del coito (6-12 horas)²⁷.

Pautas de administración: la pauta actualmente recomendada es una dosis de 1,5 mg de levonorgestrel

(Postinor 1500®: 19,18 €) dentro de las 72 horas siguientes a la relación sin protección. Ésta es la pauta aceptada por la FDA y la Agencia Española del Medicamento, pero hay estudios que avalan su eficacia hasta 120 horas después (cinco días)²⁷.

Se debe entregar una hoja de información a la adolescente.

Tendrá una hemorragia por privación la fecha prevista para la menstruación o antes. Si no aparece pasados 21 días desde la toma de la píldora se debe hacer un test de embarazo.

Contraindicaciones: no existen contraindicaciones absolutas, excepto el embarazo, porque ya no sería útil y no tiene sentido su administración. No tiene efectos teratogénos.

Efectos secundarios: los vómitos son inusuales con esta pauta, sólo un 1%. Si se presentan en las 2 primeras horas tras la toma se debe repetir la dosis.

Se puede alterar el ciclo menstrual dependiendo del momento en que se toman.

El uso repetido de AC de emergencia no conlleva riesgos conocidos para la salud. No tiene efectos sobre un embarazo ya establecido²⁸.

Bibliografía

1. Buil C, Lete I, Ros R, De Pablo JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Editorial Wyeth-Lederle; 2001.
2. Colomer Revuelta J, Hurtado Murillo F. Educación sexual y afectiva en la adolescencia. *An Pediatr Contin.* 2005;3(3):187-92.
3. Grupo Daphne. Encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española. Laboratorio Shering SA; 2002.
4. Plá E. Principales datos sobre embarazos, interrupción voluntaria de embarazos y anticoncepción en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006;8(Supl 2):S79-82.
5. Amarilla Gundín M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Chiesi; 2005.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Informe anual 2004. Consultado el 24/07/2007. Disponible en www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm
7. Código de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médico Colegial; 1989.
8. Martínez González C. Problemas éticos y legales en la atención al adolescente. AMPap ed. I curso primavera 2006. Madrid: Exlibris ediciones; p. 25-30.
9. Sánchez Jacob M. Dilemas ético-legales en la consulta del adolescente. 55 Congreso de AEP 2006. (Consultado el

- 04/07/2006). Disponible en <http://www.congresoaeop.org/2006/agenda/doc/s/7977.pdf>
10. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor. BOE 17 enero 1996.
 11. Ley 41/02, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15 diciembre 2002.
 12. Sanz Álvarez E, Rodríguez Fernández Oliva CR. Anticoncepción y sexualidad en el menor maduro. BSCP Can Ped. 2006; 30:5-8.
 13. Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret. Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Barcelona, junio 2002. (Consultado el 19/06/2007). Disponible en http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Salud_sexual_y_reproductiva.pdf
 14. Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la Adolescencia. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM, editores. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergon; 2004.
 15. Antona Rodríguez A. Sexualidad y anticoncepción. *Pediatr Integral*. 2005;9(2):92-100.
 16. FFPRHC Guidance. Contraceptive choice for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30(4):237-51.
 17. Greydanus DE, Patel DR, Rimsza ME. Contraception in the adolescent: an update. *Pediatrics*. 2001;107:562-73.
 18. Bonacho I. Anticoncepción hormonal. *Guías Clínicas Fisterra*. (Consultado el 18/07/2007). Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.asp>
 19. Sánchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía práctica de anticoncepción oral. Basada en la evidencia. San Sebastián de los Reyes: Médica Internacional; 2003.
 20. Sociedad Española de Contracción. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Aranjuez (Madrid); noviembre 2005. (Consultado el 06/05/2006). Disponible en http://www.inese.es/bss/Documento_Final.pdf
 21. López de Castro F, Lombardía Prieto J. Novedades en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29:57-68.
 22. Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Schulz KF. Anticonceptivos orales combinados con 20 µg versus > 20 µg de estrógeno para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
 23. Shulman L. Contraception today: Risks and benefits scientific, clinical and sociocultural context. *Mescape* 2006. (Consultado el 29/09/2006). Disponible en www.mescape.com
 24. Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en adolescentes. *Semergen*. 2006;32(6):286-95.
 25. Organización Mundial de la Salud. Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia. (Consultado el 07/01/2007). Disponible en www.who.int/mediacentre
 26. Acosta Navas B, Muñoz Hiraldo ME. Contracepción poscoital de urgencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:523-30.
 27. FFPRHC Guidance emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2006;32(2):121-8.
 28. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics*. 2005;116:1026-35.