

## El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia

### The use of contraceptive methods in adolescence

**Jorge Peláez Mendoza**

Clínica Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Dentro de los desafíos a enfrentar por los adolescentes está el relacionado con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva. El descenso en la edad de la menarquia, el inicio sexual precoz y la prolongación de la edad del matrimonio, incrementan el tiempo durante el cual los adolescentes están sometidos al riesgo de una gestación no deseada y de contraer infecciones de transmisión sexual. El objetivo del trabajo es hacer una revisión actualizada sobre el uso de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia y definir los más recomendables. Se revisaron los artículos sobre anticoncepción y adolescencia publicados en los últimos diez años, mediante la revisión de los más actualizados y de mayor rigor científico. El mejor método es aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja, escojan debidamente informados. Los anticonceptivos hormonales combinados son seguros y eficaces para adolescentes, al igual que los métodos reversibles de acción prolongada. La anticoncepción de emergencia es de gran utilidad en situaciones excepcionales, pero no como método habitual. El uso correcto del condón masculino, es el único método capaz de disminuir el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia adquirida (ITS/VIH). El método combinado al utilizar los anticonceptivos hormonales y el condón masculino protegen de una gestación no deseada y de las infecciones, por lo que sería el método ideal para los adolescentes.

**Palabras clave:** adolescencia; anticoncepción.

---

## ABSTRACT

Among the challenges faced by adolescents are practicing of their sexuality and the risk this entails for their reproductive health related. The decline at the menarche, early sexual initiation and extension of the marriage increase the risk of unwanted gestation and sexually transmitted infections. The aim of this paper is to update the review on the use of contraceptive methods in adolescence and to define the most recommended ones. Articles on contraception and adolescence, which were published in the last ten years, were reviewed by reviewing the most contemporary and scientific consistency. The best method is one the adolescent, preferably both members of the couple, choose duly informed. Combined hormonal contraceptives are safe and effective for adolescents, as well as the long-acting reversible methods. Emergency contraception is useful in exceptional situations, but not as customary method. The correct use of the male condom is the only method capable of reducing the risk of transmission of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus (STD/HIV). The combined method, which uses hormonal contraceptives and male condoms, protects against unwanted pregnancy and infections, so it would be the ideal method for teenagers.

**Keywords:** Adolescence; contraception.

## INTRODUCCIÓN

Promover el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) durante la adolescencia es controversial, pero las evidencias son contundentes en favor de la divulgación y promoción de su uso por este sector poblacional. No existe un MAC ideal para la adolescencia, como tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad.<sup>1,2</sup>

El mejor método será aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja escojan, después de haber recibido una completa y detallada información y sean sometidos a un exhaustivo interrogatorio y un examen físico general y de la esfera reproductiva, tomando en consideración los aspectos no médicos, pues estos no sólo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).<sup>3</sup>

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los MAC y actuarán basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los MAC, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan.<sup>4,5</sup> Muchos no conocen sobre la anticoncepción de emergencia o no tienen acceso a ella.<sup>6,7</sup> Finalmente dada la alta incidencia de las ITS en los adolescentes, estos deben recibir asesoramiento sobre los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas.

## ASPECTOS A CONSIDERAR SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Durante la consejería anticonceptiva se consideraran los tres factores que intervienen en este proceso: proveedor, método y usuario.

### **Proveedor**

- Facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud.
- Desconocimiento de los servicios a dónde acudir.
- Burocratizar los sistemas de atención entorpece la confidencialidad y originar demoras inaceptables.
- El horario de las consultas médicas puede coincidir con el escolar.
- La consulta demandada por el adolescente precisa de mayor tiempo del que se dispone habitualmente.

Superados esos escollos la atención del médico debe reunir los siguientes requisitos:

- Establecer un buen vínculo con el adolescente y que este perciba que el médico se interesa y está dispuesto a ayudarlo sin paternalismos.
- Explicar las condiciones de confidencialidad de la consulta, facilitar que confíe sus preocupaciones y dudas. Si asiste con los padres, después de escuchar lo que éstos tengan que decir, debemos interrogar a solas al adolescente. Separarlo de los padres les hace sentirse bien, percibe que se respeta su autonomía y se le considera capaz de ocuparse de su salud. Si van con la pareja, es lógico atenderles juntos.
- La elección del método ha de ser voluntaria y no condicionado por las preferencias del médico, presión o coerción de la pareja, por influencias negativas de padres o del grupo de iguales. Hay que informar y asesorar sobre riesgos y beneficios, y promover que sean ellos quienes decidan.<sup>1,2</sup>
- Dejar que los jóvenes expresen sus ideas y dudas sobre el método. El rol es informarlos para que ellos tomen una decisión informada, esto aumenta la adherencia al método.
- Mantener una visión positiva de la sexualidad, pero informarles los riesgos de la misma.
- Potenciar la asertividad para poder resistirse a presiones a la hora de mantener o no relaciones y negociar con la pareja el uso del condón.

### **Métodos anticonceptivos**

Es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE), analizando cada uno de ellos en relación a variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que viven. La indicación de un método debe considerar sus factores dependientes.<sup>1,5,7-9</sup>

### *Eficacia*

Capacidad del método para evitar un embarazo. Se mide mediante el índice de Pearl (IP), número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso.

### *Seguridad*

Capacidad del método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del potencial usuario, las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos.

### *Reversibilidad*

Recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el uso, requisito obligatorio en adolescentes, excepto en pacientes incapacitadas.

### *Facilidad/complejidad de uso*

Relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del cuerpo y habilidades manuales.

### *Costos*

Considerar previo a su indicación los costos del método y la accesibilidad a los mismos por los adolescentes.

La Guía "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" de la OMS<sup>1</sup> ofrece un asesoramiento sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz.

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:

- Recomendables/Preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmica y anillo vaginal), anticoncepción hormonal oral de solo progestágeno y dispositivo intrauterino (DIU).
- Aceptables: anticoncepción hormonal de depósito (inyectables e implantes), y diafragma.
- Poco aceptables: métodos naturales y esterilización quirúrgica.

- De emergencia: anticoncepción poscoital.

La guía sobre prevención del embarazo en la adolescente de la Academia Americana de Pediatría<sup>10</sup> recomienda el uso en adolescentes de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, conocidos como LARC por sus siglas en inglés, dentro de los que se hallan los DIUs (medicados o no), implantes subdérmicos y acetato de medroxiprogesterona en forma depot, que ofrecen una protección anticonceptiva de varios años y son seguros.

Esta nueva guía<sup>10</sup> señala que los métodos de acción prolongada, deberán convertirse en la nueva norma, según esta publicación los implantes y los DIUs serían métodos de primera línea para evitar el embarazo en adolescentes. Esta recomendación ha generado controversia entre padres y los propios médicos, no obstante en la última década, se ha demostrado que los métodos implantables reversibles de larga duración, que proporcionan de 3 a 10 años de anticoncepción, son seguros para los adolescentes.<sup>10,11</sup>

### *Usuario*

La indicación de un método debe contemplar factores dependientes del usuario:

— Edad: valorar el grado de maduración biológica. Recordar que la anticoncepción hormonal puede instaurarse tras la menarquia sin que se afecte al desarrollo o crecimiento del adolescente.

— Grado de maduración psicológica: condiciona la motivación, aceptabilidad, el cumplimiento, control y seguimiento del método.

— Actividad sexual: conocer si existen o no prácticas coitales, edad de inicio de estas, frecuencia, estabilidad de la pareja, participación de esta en la anticoncepción y número de parejas sexuales.

— Aceptabilidad: el método debe ser compatible con las creencias, valores y normas de conducta del usuario. Si existen conflictos, la aceptabilidad y el uso adecuado no estarían garantizados.

— Impacto sobre la economía: muchas veces el adolescente es el que compra el anticonceptivo y ello hace que opte por no usarlo o por utilizar "métodos gratuitos" como el coito interruptus. Se debe relacionar el precio del anticonceptivo con otros gastos habituales del adolescente, y hacerle ver que más que un gasto es una "inversión" en seguridad y tranquilidad.

— Entorno familiar y social: pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de los anticonceptivos.

## **Principales características de los métodos anticonceptivos**

### *Abstinencia*

Método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. Abstenerse del acto sexual no produce efectos nocivos para la salud del adolescente. La abstinencia puede incluir otras formas de expresión sexual.<sup>2</sup>

Constituye una opción para adolescentes que no hayan iniciado relaciones sexuales, así como para aquellos que ya lo hubiesen hecho. El médico debe de ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos de pares.<sup>2,8</sup> pues la abstinencia requiere motivación y autocontrol, comunicación y cooperación de la pareja, su práctica requiere de gran compromiso por parte de los adolescentes, el cual es violado con frecuencia, por lo que hay que educarlos respecto a otras opciones anticonceptivas y como acceder a ellas.<sup>2</sup>

#### *Métodos naturales*

Aquí se incluyen el método del ritmo, moco cervical, temperatura basal y sintotérmico, las adolescentes no son idóneas para utilizar estos métodos, pues en ellas son frecuentes los trastornos menstruales y otras alteraciones que afectan la ya pobre eficacia de estos métodos.<sup>2,8,12</sup> No obstante es posible que en algunas parejas estos métodos sean la única opción disponible. Métodos como el coito interrumpido y las duchas vaginales postcoito tampoco se recomiendan, son poco eficaces y tienen escasa aceptación por los jóvenes.

#### *Métodos de barrera (MB)*

Serían los ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos, seguros y en raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables. Tienen una eficacia inmediata, control por el propio usuario, y su uso se inicia y discontinúa fácilmente, lo cual se adapta perfectamente a las características de los adolescentes.<sup>2,8</sup>

Los métodos de barrera incluyen los condones masculinos y los métodos femeninos, como condones femeninos, capuchón cervical, espermicidas, y diafragmas. Pueden usarse solos o combinados con otros MAC que no sean de barrera como por ejemplo las píldoras.<sup>13,14</sup>

La eficacia anticonceptiva de los MB es alta si se usan sistemática y correctamente en cada acto sexual, con tasas de embarazo que oscilan entre 3 % respecto al condón masculino y 7 % respecto a los espermicidas. El uso normal, que no siempre es sistemático y correcto, se denomina uso "típico", y se asocia a tasas de embarazo entre un 12 % para los condones masculinos y 21 % para los espermicidas, pudiendo ser estas superiores en algunos entornos específicos.<sup>2,4,8,13</sup>

La tasa de rotura del condón masculino oscila entre 0,5-3 % por lo que hay que informar de esta posibilidad e indicar que si esta ocurriese antes de la eyaculación, sólo hay que cambiar el condón, y posteriormente utilizar la anticoncepción de emergencia.<sup>7,15</sup>

Si el condón se utiliza correctamente, su efectividad es elevada, su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al DIU (método doble), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS, lo que lo hace muy recomendable en adolescentes.<sup>2,13,15,16</sup>

### *Anticoncepción hormonal combinada (AHC)*

Por su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos se incluye dentro de los métodos de elección. Las adolescentes, tienen pocas contraindicaciones para la AHC, pero hay que tomar en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS.<sup>1</sup> Las presentaciones de la AHC solamente difieren en la pauta de empleo, la adolescente decidirá aquella que le resulte más cómoda: diaria (píldora), semanal (parche) y mensual (anillo vaginal e inyectable combinado). Su eficacia es 0,3 % en uso perfecto y el 8 % en uso típico en el primer año.<sup>5,11,14</sup>

### *Anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO)*

Se deberá tomar un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días (descansando 7) o 28 días (sin descanso) y reiniciar. Los preparados de 28 días contienen píldoras sin medicación, pueden ser de 7, 4 y 2 días. La hemorragia por privación se inicia en los días de descanso o píldoras sin contenido hormonal.

La tableta deberá tomarse a la misma hora, y no olvidar ninguna. Si hay olvidos que no superan las 48 horas se continúa normalmente el tratamiento; si las superan, hay que seguir con la medicación y emplear el condón como complementario durante 7 días.

Los AHCO son los más usados, por lo que la mayor parte de la información disponible sobre anticoncepción y adolescencia se refieren a este método.<sup>1-5,14,16,17</sup> Los AHCO constituyen el mejor tipo de píldora para las adolescentes, con la excepción de las que amamantan, ya que el estrógeno puede afectar a la lactancia.

Los anticonceptivos orales son seguros, no tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se reportan complicaciones relacionadas con la edad ni efectos colaterales. Son muy eficaces usados sistemática y correctamente. Cuando se usan perfectamente, los AHCO registran una tasa de embarazo inferior a 1 %, pero cuando se usan atípicamente, la tasa se incrementa a 8 %. También tienen beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, como son la reducción del acné, regulación del ciclo menstrual y reducción de la dismenorrea, igualmente poseen un efecto protector ante el embarazo ectópico, enfermedad benigna de mama, cáncer ovárico y endometrial, y algunas formas de la enfermedad inflamatoria pélvica.<sup>1,2,5,18-20</sup> La AHCO ofrece a las adolescentes control sobre su fertilidad, el uso no depende del acto sexual y puede usarse sin que el compañero lo sepa, incluso sin su cooperación, no protegen contra la transmisión de ITS, al suspender la toma la fertilidad regresa rápidamente.

Los médicos deben promover y estimular el uso de condones, y de ser posible suministrarlos, e insistir respecto a aquellas ocasiones en que deben usarse como método anticonceptivo de refuerzo, los condones deben usarse como refuerzo si se han dejado de tomar dos píldoras o más, si las píldoras no se empiezan a usar durante los primeros siete días del ciclo, se deben usar condones durante esos siete días. Es importante hablarles sobre el uso del condón para protegerse contra las ITS, pues a estas edades es alto el riesgo de contraerlas.<sup>2,5,9,12,13,16</sup>

### *Anticoncepción hormonal combinada transdérmica*

El parche se adhiere a piel en el sitio de preferencia, excepto en las mamas desde el primer día del sangrado menstrual y se cambia semanalmente durante 3 semanas; tras siete días sin el parche, aparece la hemorragia por privación se inicia un nuevo ciclo.

#### *Anticoncepción hormonal combinada vaginal*

El anillo se coloca en el interior de la vagina el primer día del sangrado menstrual y se retira a los 22 días. Tras un periodo de 6 días sin anillo en los que aparece la hemorragia por privación, se introduce un nuevo anillo (se coloca y retira el mismo día de la semana). Normalmente, el anillo no se nota durante el coito ni causa molestias, si lo hiciera, puede retirarse durante un máximo de 3 h, lavarlo con agua fría o tibia y volverlo a insertar.<sup>14</sup> Este método no está aún disponible en Cuba.

#### *Inyectables combinados*

Los inyectables combinados de estrógeno-progestina deben administrarse cada 28 días, poseen alta eficacia y aceptabilidad, tienen como aspecto adverso, la necesidad de acudir todos los meses a consulta para aplicarse el método, comparten la gran mayoría de los beneficios de las AHCO y se reducen notablemente los fallos secundarios al uso no correcto.<sup>2,8,14</sup> a pesar de ser un método recomendable en adolescentes, aún no se ha garantizado su disponibilidad generalizada en Cuba.

#### *Anticoncepción hormonal solo con gestágenos (AHG)*

La eficacia anticonceptiva de la AHG es alta. Está indicada en las adolescentes que presenten contraindicaciones a los estrógenos. No se recomienda durante la adolescencia precoz e intermedia, sin embargo en la adolescencia tardía y las adultas jóvenes generalmente pueden usarlos sin peligro.<sup>2,12,14</sup>

Su principal inconveniente radica en los cambios del patrón de sangrado (sangrado irregular), peor tolerado en las adolescentes. Existen 3 presentaciones de AHG: oral (píldoras de levonorgestrel), inyección intramuscular depot, en la actualidad existen 2 formulas de uso, Depo-Provera o DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito), se administra cada tres meses y NET-ET o Noristerat (enantato de noretisterona) que se administra cada dos meses, y en forma de implante.<sup>14</sup>

La toma de la píldora con AHG es diaria, iniciándola el primer día de la menstruación, sin interrupciones. En el caso del inyectable, la primera dosis se administrará entre el primer y el quinto día del ciclo, de forma intramuscular, y se repetirá cada 8 o 12 semanas, según el medicamento. El implante subcutáneo se coloca entre el primer y el quinto día del ciclo y dura 3 años. El implante más común, Norplant, consiste en seis cápsulas delgadas y flexibles en forma de tubo que contienen la progestina levonorgestrel. Se inserta bajo la piel del brazo de la mujer en un procedimiento quirúrgico sencillo, su eficacia es de hasta cinco años. Los inyectables y los implantes son muy eficaces con tasas de embarazo inferiores a 1 % después de un año de uso. Poseen beneficios a largo plazo no relacionados con la anticoncepción, como son menor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y cáncer endometrial.<sup>8,16,21</sup> No son de uso diario y no precisan de suministros en la casa.



Para obtenerlos es necesario acudir periódicamente a una consulta, no protegen contra las ITS. Existe inquietud respecto al uso de los implantes e inyectables sólo de progestina en adolescentes menores de 16 años. Se especula que el uso de estos métodos reduce la concentración de estrógeno en la mujer, y pudiera afectar al desarrollo de la masa ósea,<sup>21</sup> lo que podría predisponer a las adolescentes a sufrir de osteoporosis años después, pudiendo afectar su crecimiento y desarrollo en algunos casos, no hay evidencias fundamentadas al respecto, incluso instituciones reconocidas<sup>10,17</sup> los han incluido dentro de los métodos recomendables.

Los inyectables de sólo progestina retrasan el regreso de la fertilidad. Aproximadamente el 50 % de las mujeres conciben dentro de un período de 10 meses posteriores a la última inyección y más del 90 por ciento son fértiles a los 24 meses.<sup>8,18,21</sup> Con los implantes, la fertilidad regresa inmediatamente después de la extracción.

Los implantes son adecuados en mujeres que deseen un método a largo plazo y tengan fácil acceso a los servicios de extracción. En las adolescentes se observa discontinuación temprana, según nuestro criterio estos métodos no deben usarse de forma rutinaria en la adolescencia, excepto en aquellos casos en que después de un análisis profundo se decida que es una opción viable.<sup>2,14</sup>

Los inyectables e implantes tienen buenos resultados en el seguimiento de adolescentes durante el posparto (no interfieren la lactancia), adolescentes con retraso mental y otras discapacidades, y en pacientes inmaduras e indisciplinadas, no recomendamos este tipo de anticoncepción en adolescentes con 15 años o menos.<sup>2,9,14,18,20,21</sup>

#### *Dispositivos intrauterinos (DIU)*

Los DIUs poseen una elevada eficacia anticonceptiva y no precisan motivación para su uso. Se insertan durante la menstruación y es un método de larga duración (5 años). Además del DIU de cobre existen los medicados con la hormona levonorgestrel (DIU-LNG). Los DIUs precisan inserción por un profesional y tolerancia al examen ginecológico por la adolescente. El DIU de cobre puede aumentar el sangrado y de la dismenorrea. El DIU-LNG puede alterar el patrón de sangrado menstrual, esto debe advertírsele a la adolescente para que acepte la posibilidad de sangrado irregular o amenorrea.<sup>22</sup> Recientemente ha aparecido en el mercado un DIU-LNG más pequeño con una duración de 3 años, especialmente indicado para adolescentes por su facilidad de inserción, según el fabricante no altera el patrón menstrual conservando una alta eficacia, lo que ha provocado un incremento en su aceptabilidad y eficacia que lo incluye dentro de los métodos recomendables en la adolescencia.<sup>10,17,22</sup>

Los DIUs no protegen contra las ITS, se describe una relación entre su uso y el incremento de la enfermedad inflamatoria pélvica.<sup>2,11,22</sup> Para recomendar o no su uso hay que evaluar las características personales de la usuaria, aquellas que tengan prácticas sexuales de riesgo, tendrán mayor riesgo de contraer ITS/VIH,<sup>3,9,12,22</sup> no obstante pueden constituir una opción válida. Nunca debe insertarse un DIU en una adolescente que tenga o haya tenido una infección genital o una ITS en los últimos tres meses. El DIU puede incrementar el riesgo de EIP y de infertilidad en las mujeres que padecen una ITS que no ha sido tratada, este riesgo también se incrementa si el procedimiento no se realiza en condiciones asépticas. Las adolescentes tienen un mayor riesgo de expulsión del DIU sobre todo las que no han paridos, así como tienen mayor frecuencia de incremento del sangrado y duración de las menstruaciones, de

los cólicos menstruales, flujo vaginal patológico y riesgo de padecer de infecciones genitales bajas y E.I.P.<sup>2,5,12,16,18,22</sup>

Las adolescentes pueden usar los DIU sin peligro cuando mantienen relaciones estables y mutuamente monógamas. Es importante enseñarlas a verificar si hay signos de expulsión del dispositivo. Esto puede hacerse tocando el hilo del DIU en la apertura cervical, lo más recomendable es visitar periódicamente a su ginecólogo.

### *Esterilización*

Método permanente e irreversible, no apropiado para las adolescentes que están comenzando su vida reproductiva. Pudiera ser una opción en casos específicos, como serían enfermedades de transmisión genética, seria discapacidad mental o física, y otras condiciones excepcionales.

### *Anticoncepción de emergencia (AE)*

Se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección. Pocos adolescentes conocen de su existencia, a pesar de que es particularmente importante para ellos.<sup>7,15</sup> Los adolescentes pueden tener relaciones sexuales sin protección por varias razones, por ejemplo no usar un método de barrera en cada acto sexual por descuido, tener relaciones sexuales no previstas y sin anticonceptivos disponibles, usar un MAC incorrectamente, cuando el condón se rompe o se desliza, así como en los casos de violación.<sup>2</sup>

La AE no es un método regular de anticoncepción, después de usarla, se debe empezar a usar un método regular, se puede usar en cualquier momento del ciclo menstrual y si es necesario, más de una vez durante un ciclo. No protege contra las ITS, la eficacia no es absoluta, sólo protege frente al coito muy reciente. En las primeras 24 h la eficacia es del 95 %, de 24 a 48 h 85 %, y de 48 a 72 h 58 %.<sup>2,6,7,15</sup>

Existen varias posibilidades de AE hormonal, como el método de Yuzpe, las píldoras de solo levonorgestrel y el acetato de ulipristal. El método de Yuzpe<sup>23</sup> se basa en el uso de píldoras anticonceptivas combinadas a dosis altas, cada dosis debe contener por lo menos 100 microgramos de etinil estradiol y 500 microgramos de levonorgestrel, lo que se obtiene tomando cuatro píldoras de "baja dosis" o dos píldoras de "alta dosis" en cada toma. Se administra en las 72 h posteriores a la relación sexual no protegida, la primera dosis es seguida por otra a las 12 h. La eficacia del método Yuzpe oscila entre 56 % y 86 %, dependiente del momento cuando se tome, siendo más efectivo en las primeras 72 h y menos entre las 72 y 120 h pos coito. Su principal mecanismo de acción es evitar la ovulación aunque en teoría podría afectar la implantación. Tiene como efecto secundario las náuseas y vómitos, los cuales pudieran prevenirse con la indicación de antieméticos previo a su ingestión.

El uso de progestinas solas consiste en la toma de levonorgestrel en dosis única de 1,5 mg, al inicio se tomaban dos dosis de 0,75 mg con un intervalo de 12 h, igualmente en las primeras 72 h posteriores al coito no protegido.<sup>6,7,15</sup> Su efectividad de 45 a 79 % depende del momento en que se tome, mientras más temprano más efectivo. En la guía sobre AE de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se menciona que el régimen de levonorgestrel puede ser efectivo al menos por 4 días y potencialmente hasta cinco días.<sup>15</sup> Su principal mecanismo de

acción es inhibir o postergar la ovulación, al evitar que ocurra el pico de la hormona luteinizante, no altera la función del cuerpo lúteo, y no impide la nidación de un huevo previamente fecundado.

Lo ideal es disponer en el mercado de AE con un comprimido de levonorgestrel para su utilización hasta transcurridas las 72 h del coito de riesgo, y con acetato de ulipristal hasta las 120 h, la AE es un medicamento no tóxico, no tiene riesgo de adicción, su dosificación es fácil (un solo comprimido), no es teratogénico y no tiene contraindicaciones. Las mujeres que usan AE de solo progestina registran una incidencia considerablemente menor de náuseas y vómitos, comparadas con usuarias del método de Yuzpe, aunque hay más probabilidades de que tengan sangrado irregular.

Además de las tabletas con altas dosis de levonorgestrel y el ulipristal, se han usado como AE la inserción de un DIU.<sup>6,9,19,22</sup> Nosotros no recomendamos la inserción de un DIU como AE, pues esta inserción debe de hacerse con inmediatez, lo cual no permite el examen genital y el tratamiento de infecciones previo a su inserción, lo que podría incrementar significativamente las complicaciones sépticas.

#### *Método de protección doble o combinado: Contra el Embarazo y las ITS*

El uso de dos métodos, "método doble", un método efectivo para prevenir el embarazo y el segundo para prevenir las ITS es altamente recomendable en adolescentes.<sup>2,4,16</sup> El condón masculino es el método más eficaz para prevenir las ITS. Sin embargo, cuando se usan típicamente, los condones no son tan eficaces para prevenir el embarazo.

Una estrategia para el uso del método doble es emplear un MAC muy eficaz para prevenir el embarazo, por ejemplo la AHC o la inserción de un DIU, y usar el condón para prevenir las ITS. Sin embargo, algunos estudios en adolescentes indican que cuanto más eficaz sea el método anticonceptivo usado, menos probabilidades habrá de que los jóvenes usen condones para prevenir las infecciones.<sup>3,11,13,19</sup> Otra estrategia de protección doble sería usar los condones como método principal (eficaces para prevenir el embarazo y las enfermedades si se usan sistemática y correctamente), pero los adolescentes no suelen usar los condones sistemáticamente, recomendándose entonces la AE cuando no se usan condones, o cuando estos se rompen o se deslizan.

### **Anticoncepción hormonal (AH) y situaciones especiales durante la adolescencia**

#### *Obesidad*

A pesar de que en la 4ta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS (1) no existe un límite para su utilización en función del índice de masa corporal (IMC), la Sociedad Española de Contracepción<sup>18-20</sup> considera que cuando éste es superior a 35 Kg/m<sup>2</sup> el incremento del riesgo tromboembólico hace que el riesgo sea superior a los beneficios que se puedan obtener. Los métodos con solo gestágeno se pueden utilizar sin limitación, excepto el acetato de medroxiprogesterona inyectable con el que existe una mayor tendencia a ganar peso.

### *Diabetes*

La AH a dosis bajas no alteran el control de la diabetes a largo plazo ni facilitan la progresión a vasculopatía y el impacto sobre la tolerancia a la glucosa, los requerimientos de insulina o el perfil lipídico es mínimo o inexistente, por lo que son adecuados para estas pacientes.<sup>18</sup>

### *Alteraciones tiroideas*

Se puede utilizar cualquier método, la anticoncepción hormonal combinada posee como efecto beneficioso sobreañadido el control de las alteraciones del ciclo menstrual, muy frecuentes en estos casos.

### *Síndrome de ovarios poliquísticos*

Los AHC con un gestágeno de efecto antiandrogénico es el tratamiento de elección, previene tanto el embarazo como las irregularidades del ciclo.<sup>9,18,20</sup> Si no se pudiera utilizar este anticonceptivo se evaluarán otros métodos, es importante la valoración conjunta con el endocrinólogo, ejercicio físico y hábitos dietéticos adecuados.

### *Trastornos de la alimentación*

Las adolescentes con trastornos alimentarios, así como las deportistas profesionales desarrollan con frecuencia amenorrea hipotalámica que provoca un estado de hipoestronismo, por lo que la AHC sería el método de elección. En las adolescentes con trastornos alimentarios el tratamiento hormonal no es suficiente para incrementar la masa ósea siendo necesario normalizar el peso.<sup>21</sup>

### *Talasemia, anemia de células falciformes y anemia ferropénica*

Las adolescentes con estas afecciones pueden utilizar cualquier MAC aunque el uso de DIU de cobre aumenta la pérdida de sangre.

### *Discapacitados*

Se recomienda el uso de los LARCs.<sup>10,17,18</sup> El asesoramiento debe individualizarse en dependencia de la discapacidad (física o psíquica), grado, deseo y posibilidad de reproducción (métodos reversibles o irreversibles) y el entorno familiar y social entre otros factores.

### *Epilepsia*

La principal limitación para el uso de AH radica en su posible interacción con el tratamiento antiepiléptico, que puede disminuir la eficacia anticonceptiva. Las adolescentes que presentan incremento de las crisis durante la fase lútea o menstrual se pueden beneficiar de los AH al suprimir las fluctuaciones de las hormonas

endógenas.<sup>17,18,20</sup> También son factibles el AMPD y los DIUs, teniendo el primero un efecto beneficioso añadido ya que disminuye la frecuencia de las crisis epilépticas.

### Anticoncepción e ITS

Sólo la abstinencia total o una relación mutuamente monógama en una pareja en la cual ninguno de los miembros esté infectado, ofrecerán garantía absoluta contra las ITS.<sup>2,8,16</sup> Como esto no es frecuente, hay que considerar opciones anticonceptivas que ofrezcan cierta protección contra las ITS.

### Métodos naturales

Ni el coito interrupto, ni la abstinencia periódica ofrecen protección contra las ITS, por lo que no son recomendables en adolescentes con conductas sexuales riesgosas, o con parejas que mantengan este tipo de conductas.<sup>2,8</sup>

### Métodos de barrera

Estos métodos, al bloquear física o químicamente el paso de los espermatozoides y los organismos infecciosos de una persona a otra, ofrecen cierta protección ante las ITS.

— *Condón Masculino*: Usado de forma regular y correcta, disminuyen el riesgo de transmisión de ITS, hay evidencias de que el condón resulta impermeable a los agentes patógenos de las ITS, incluido el VIH.<sup>3,5,8,13</sup> El conflicto es la inconsistencia en su uso, los condones fallan debido a su uso incorrecto o por rotura durante las relaciones sexuales.

— *Condón Femenino*: Estudios de laboratorio sugieren que el condón femenino es una barrera efectiva para los virus, incluyendo posiblemente al VIH, lo que está pendiente de validación por otros estudios. Si son usados consistentemente, los condones femeninos pudieran reducir el riesgo de ITS.<sup>2,8,16</sup> Este método tiene como inconveniente su elevado costo, actualmente se desarrollan estudios para determinar si pueden usarse más de una vez. Se estudian también dos nuevos tipos de condones femeninos: el condón *Bikini* en forma de pantaleta, y *Women's Choice*, que se inserta con un aplicador.<sup>4,9</sup>

— *Uso combinado de condones y espermicidas*: No existen evidencias de que el uso combinado de condones y espermicidas mejore la efectividad de la protección ante ITS,<sup>9</sup> por lo general se recomienda el uso sistemático de los condones, con o sin espermicidas, como una opción válida en la actualidad para prevenir las ITS.

— *Espermicidas vaginales, esponjas, capuchón cervical y diafragmas*: Los espermicidas vaginales, utilizados solos, disminuyen el riesgo de infecciones por gonorrea y clamidia, pero "no protegen" contra el VIH. El Diafragma ofrece protección limitada contra infecciones por gonorrea, clamidia y tricomonas, ni las esponjas vaginales ni el diafragma protegen contra el VIH/SIDA.

— *Dispositivos intrauterinos (DIUs)*: Los DIUs no protegen contra las ITS, las usuarias del DIU corren un mayor riesgo de contraer una EIP cuando tienen varios compañeros o tienen relaciones sexuales con una pareja promiscua,<sup>2,5,11,16,22</sup> en mujeres con

riesgo de contraer una ITS no está recomendado el uso de los DIUs, las adolescentes dadas sus conductas sexuales tienen un alto riesgo de contraer una ITS. A toda adolescente usuaria de DIU en que se diagnostique una ITS, debe extraérsele el dispositivo previo tratamiento específico de la infección, así como recomendarle el uso de métodos de barrera para evitar la transmisión. No existe información disponible acerca de que el VIH se haya transmitido a una mujer durante la inserción de un dispositivo, ni que el profesional se haya infectado mientras insertaba un DIU a una mujer infectada.<sup>11,13,22</sup>

— *Anticonceptivos hormonales*: No hay evidencias de que los AH protejan contra las ITS. Estudios recientes reportan alguna relación entre las ITS y los anticonceptivos hormonales,<sup>3</sup> ya que el sangrado irregular que ocasionan algunos de ellos y la ectopia cervical que inducen, pueden aumentar la susceptibilidad al VIH y la Clamidia, pero los resultados no son consistentes. Más que estar asociado al uso de la AH, la relación entre esta y el posible incremento del riesgo de ITS se asocia al hecho de que las mujeres que utilizan este tipo de anticoncepción habitualmente no usan métodos de barrera, inician relaciones tempranas o tienen varios compañeros sexuales.<sup>2,3,8,16</sup>

Los métodos de barrera son los únicos con comprobada eficacia para la protección contra las ITS, siempre que se usen de forma sistemática, correcta y en cada coito. El uso sistemático y correcto del método doble, ofrece las mejores garantías para ambos eventos, protección de las ITS y ante un embarazo no deseado,<sup>2,5,8,13,16</sup> por lo que insistimos en la importancia de educar a los adolescentes sobre las ventajas de su uso para promover la salud y preservar la fertilidad futura.

## CONCLUSIONES

El mejor método es aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja, escojan. Los anticonceptivos hormonales combinados son seguros y eficaces para las adolescentes, al igual que los reversibles de acción prolongada. La anticoncepción de emergencia es de gran utilidad, usada con inmediatez, en casos excepcionales y no como método regular. El uso correcto del condón masculino es el único método capaz de disminuir el riesgo de transmisión de ITS. El método doble es ideal para prevenir tanto una gestación no deseada como las ITS.

## RECOMENDACIONES

- Realizar consejería a los adolescentes en temas vitales como la anticoncepción y prevención de ITS.
- Capacitar a los médicos para promover y estimular el uso de condones en adolescentes.
- Educar e informar a los adolescentes sobre la anticoncepción de emergencia.
- Ampliar la gama y accesibilidad actual de métodos anticonceptivos a utilizar en estas edades.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor no declara conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ta edición. Ginebra; 2009.
2. Peláez MJ. Anticoncepción en los adolescentes y jóvenes, en Métodos Anticonceptivos. Actualidad y perspectivas en el Nuevo Milenio. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2001.
3. Family Health International: Anticoncepción Hormonal y VIH. Network en español. 2007;248(1).
4. Rodríguez MJ. Anticoncepción. ¿Qué necesitan los adolescentes?. ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2015;3(2).
5. Pitts S, Emans SJ. Contraceptive counseling: does it make a difference?. J Adolesc Health. 2014;54:367-8.
6. Gemzell-Danielsson K 1, Berger C. Emergency contraception-mechanisms of action. Contraception. 2013;87:300-8.
7. Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2014;40(2):79-86.
8. I.P.P.F.: "Pautas Médicas y de Prestación de Servicios en Planificación Familiar", IPPF, Londres; 2008.
9. Serrano Fuster I. Anticoncepción en la adolescencia. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2013. p. 143-51.
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Policy statement: contraception for adolescents. Pediatrics. 2014;134:e1244-56.
11. Friedman JO. Factors associated with contraceptive satisfaction in adolescent women using the IUD. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015;28:38-42.
12. Potter J, Santelli JS. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. MinervaPediatr. 2015;67:33-45.
13. Lopez LM, Stockton LL, Chen M, Seiner MJ, Gallo MF. Behavioral interventions for improving dual-method contraceptive use. Cochrane Database Syst Rev. 2014;30(3):CD010915.

14. Peláez MJ. "Métodos anticonceptivos y adolescencia. Consideraciones para su selección e indicación", en su Controversias y aspectos novedosos sobre anticoncepción. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009.
15. FIGO. Emergency Contraceptive Pills Medical and Service Delivery Guidelines. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). 3rd Edition. 2012.
16. World Health Organization (WHO). Statement on hormonal contraception and risk of STI acquisition, July 2005. Geneva, Switzerland: WHO, 2005. Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/updates.html](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/updates.html)
17. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion. Nº 448: Menstrual manipulation for adolescents with disabilities. Obstet Gynecol. 2009;114:1428-31.
18. Muñoz Calvo MT. Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2015;6 Suppl(1):53-61. doi. 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.
19. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción. 2011. Disponible en: [http://www.sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/conferencia-de-consenso/\\*\\*](http://www.sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/conferencia-de-consenso/**)
20. Quint EH. Menstrual and reproductive issues in adolescents with physical and developmental disabilities. Obstet Gynecol. 2014;124:367-75.
21. Harel Z, Johnson CC, Gold MA, et al. Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. Contraception. 2010;81(4):281-91.
22. Tia M, Guy N, Brock PH, Dake Yang. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. J Ped Adolesc Gynecol. 2012;25(3):195-200.
23. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception: a pilot study. J ReprodMed. 1974;13:53-9.

Recibido: 16 de agosto de 2015.  
Aprobado: 5 de octubre de 2015.

*Jorge Peláez Mendoza*. Clínica Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [jorge.pelaez@retina.sld.cu](mailto:jorge.pelaez@retina.sld.cu)