

Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales

I. Pérez García^a, EF. Pérez Campos^b, E. Plá Ernst^c

^aCentro de Salud Sexual y Reproductiva Torrent, Valencia.

^bServicio de Ginecología, Hospital de Requena, Valencia.

^cDirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 81-87

Resumen

La adolescencia suele marcar el inicio de la actividad sexual basada en la erotización de las relaciones.

Las distintas encuestas apuntan a que las relaciones sexuales en los adolescentes y jóvenes están marcadas por la superación de las rigideces y son más abiertas, lo que se corresponde con una sociedad más plural como la nuestra.

Pero los datos también reflejan una baja consistencia en la utilización de los métodos anticonceptivos, que lleva a tasas elevadas de embarazos a estas edades así como de interrupciones voluntarias del embarazo.

Tener un mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de los profesionales y poder compartir esta información con la población adolescente ayudarían a prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave: Adolescentes, Sexualidad, Anticoncepción, Interrupción de embarazo.

Abstract

Adolescence generally marks the beginning of sexual activity based on the eroticisation of relationships.

Various polls indicate that sexual relationships in adolescents and young adults are marked by the overcoming of a certain rigidity and by being more open, which is what corresponds to a more plural society like ours.

However the information also reflects a low consistency in the use of methods of contraception, which leads to an elevated level of teenage pregnancy and pregnancy termination.

A better knowledge of contraceptive methods as far as professionals are concerned, and the ability to share this knowledge with young people would help to prevent not only unwanted pregnancies but sexually transmitted diseases as well.

Key words: Adolescent, Sexuality, Contraception, Pregnancy termination.

Las cifras aportadas por las últimas encuestas realizadas en nuestro país sobre la utilización de métodos anticonceptivos en los distintos segmentos de edad y las publicadas respecto al número de abortos y su porcentaje sobre el total de gestaciones nos permiten afirmar que los adolescentes carecen de la información o los medios para realizar correctamente su anticoncepción.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en sus informes sobre la interrupción voluntaria del embarazo en España recoge los datos referidos a la tasa específica de abortividad por mil mujeres en el grupo de edad de 19 años y menos, y se manifiesta la tendencia ascendente de esta tasa (4,22 en 1994 y 9,90 en 2003).

En la encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunidad Valenciana de 2000, el método anticonceptivo utilizado en la primera relación coital más frecuentemente es el preservativo, las chicas lo utilizan en mayor proporción que ellos y cuanto más jóvenes son, más lo hacen. Pero el coito interrumpido, la denominada "marcha atrás", es utilizado por algo más del 10% como método anticonceptivo.

Dos puntos más a resaltar que aparecen reflejados en la encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunidad Valenciana son: cuando se les pregunta

sobre la consistencia en la utilización de métodos anticonceptivos en las relaciones coitales, entendida como la utilización de algún método anticonceptivo en todas las relaciones coitales, es declarada en los chicos en menor proporción.

Con respecto a los motivos de no utilizar preservativos, las razones aducidas son: la pérdida de intensidad del placer, que les "corta el rollo" y porque no lo tienen disponible en el momento en que lo necesitan.

El porcentaje general de las mujeres españolas respecto a la utilización de métodos anticonceptivos en la encuesta Daphne de 2003 (71%) desciende hasta un 45% cuando nos referimos al grupo de mujeres entre 15 y 19 años. Aunque algunas de ellas no los usan por no realizar relaciones con coito, la edad media de inicio de los mismos en nuestros adolescentes (sobre los 16 años) y los datos recientemente aportados por Margarita Delgado respecto a abortos crecientes en adolescentes (el 50% de los embarazos a estas edades finalizan en interrupciones voluntarias de embarazo) nos hablan a las claras de los déficits de la anticoncepción en la adolescencia.

Vamos a analizar la idoneidad de los diferentes métodos anticonceptivos en la adolescencia y los datos sobre su utilización real en la sociedad española, las

especificidades de la anticoncepción de emergencia como segunda oportunidad de evitar una gestación no deseada, las características que debe reunir la asistencia en anticoncepción a los adolescentes y los aspectos éticos y legales de todos estos temas.

Los requisitos que debe reunir un método en la adolescencia son la reversibilidad, salvo caso de deficiencia psíquica o enfermedad grave que contraindique un embarazo, no interferencia con el desarrollo físico, facilidad de uso y adecuación a la actividad sexual.

En general, los adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo. Debemos contemplar siempre la abstinencia como una opción posible, explicando otras opciones (especialmente preservativo y anticoncepción de emergencia) para el caso de cambio de actitud sin consulta previa.

El *preservativo masculino* resulta un método de gran utilidad en los adolescentes. Presenta la ventaja añadida de la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), fundamental cuando se tiene más de una pareja sexual. Además son seguros, relativamente económicos, no precisan control médico y tienen escasos efectos secundarios. Su tasa de fracaso es del orden del 14%, aunque con su uso correcto disminuye a

un 3%. Requiere unas condiciones de uso muy estrictas que los adolescentes deben conocer para evitar riesgo de un embarazo no deseado. Los hay de látex y de poliuretano para casos de alergia al látex.

El *preservativo femenino* es otra opción, si bien su uso es muy reducido. Permite a la mujer controlar la seguridad de su relación sexual aunque presenta algunas incomodidades en el uso que lo hacen poco atractivo.

El *diafragma* ofrece también cierta protección frente a las ITS, aunque no frente al VIH. Consiste en una semiesfera de látex que se coloca en el fondo vaginal cubriendo el cervix, acompañado de crema espermicida que lubrica y aumenta la eficacia. Requiere prescripción médica para su correcta medida y un grado adecuado de motivación por parte de la adolescente para su uso.

Los *métodos naturales* y el *coitus interruptus*, siempre a mano, son muy utilizados por los adolescentes. La irregularidad menstrual de la adolescencia puede disminuir su ya reducida eficacia. No tienen contraindicaciones ni efectos secundarios.

La *anticoncepción hormonal combinada*, en sus formas de administración oral, inyectable, vaginal o transdérmica, constituye un método seguro y eficaz en esta

época de la vida. Presenta además una serie de efectos beneficiosos no anticonceptivos como el aumento de la regularidad menstrual, la disminución del sangrado menstrual y prevención de la anemia ferropénica, la disminución de la enfermedad inflamatoria pélvica, de los quistes de ovario, del riesgo de cáncer de endometrio y ovario y de la incidencia del acné, sea cual sea su composición.

El bloqueo precoz del eje hipotálamo-hipofisario no tiene repercusiones negativas, ni parece afectarse el pico de masa ósea. Tampoco tienen efecto en el aumento de peso mantenido. El aumento en el cáncer de mama detectado en mujeres que usaron preparados de los de alta dosis en su adolescencia durante muchos años no se ha demostrado con los preparados actuales.

Se deben usar preparados de baja dosis (menos de 50 mcg de etinilestradiol), intentando una dosis que nos permita un buen control del ciclo menstrual para aumentar el cumplimiento.

Para mejorar el cumplimiento se han propuesto pautas con 28 comprimidos (algunos de placebo) y toma continuada o bien otras vías de administración. Los anillos vaginales se insertan en la vagina para un período de tres semanas, seguidos de una semana de descanso. Los parches se colocan una vez a

la semana durante tres semanas, con otra de descanso. La eficacia de ambos métodos es superponible a la de los orales, sus contraindicaciones las mismas y nos permiten un buen control del ciclo; suponen una adecuada alternativa para las adolescentes.

En cuanto a los métodos con sólo gestágeno, la *mini-píldora*, por sus irregularidades menstruales y la aparición de quistes de ovario funcionales, puede resultar poco atractiva. Los *inyectables de AMPD*, de uso creciente entre adolescentes en otros medios, pueden resultar útiles por su larga duración (14 semanas) y buena tolerancia; deben conocerse adecuadamente sus irregularidades en la regla y la elevada frecuencia de amenorrea en el uso prolongado, así como el lento retorno a la fertilidad posterior.

Los *implantes* subdérmicos de gestágeno, de elevada eficacia, permiten la anticoncepción prolongada por tres o cinco años, pero su afectación en el ciclo puede resultar un inconveniente.

La anticoncepción intrauterina, con *DIU de cobre o medicado* con levonorgestrel, no está contraindicada en la adolescencia siempre que no exista riesgo de infecciones de transmisión sexual y se busque una anticoncepción a largo plazo.

En referencia a la *anticoncepción de emergencia*, aunque no sea un método a recomendar como de continuidad, constituye una valiosa segunda oportunidad para una relación no protegida por inesperada, con posible fallo del método o en condiciones de menos control por el/la adolescente (alcohol, drogas...). El circuito para su obtención debe presentar las máximas facilidades y de su prestación debe derivarse el aprovechamiento de la ocasión para un consejo anticonceptivo posterior. La rotura del preservativo es la principal causa aducida en su solicitud.

La anticoncepción de emergencia se puede realizar con la administración de dos comprimidos de 0,75 mg de levonorgestrel en las primeras 72 horas tras un coito no protegido (se puede alargar a 120, disminuyendo la eficacia). Su eficacia es la prevención de un 84% de embarazos. Tiene escasos efectos secundarios (náuseas-vómitos, mareos, algias abdominales, alteraciones menstruales...), considerándose un medicamento de gran seguridad, que se administra sin receta en gran número de países con sistemas sanitarios avanzados, sin que ello haya redundado en un aumento de la utilización del método.

Su eficacia disminuye con el paso de las horas. De ahí la importancia de no

demorar su prescripción cuando se solicita, ya que de lo contrario se está incurriendo en la responsabilidad de su posible disminución de efecto.

Para casos concretos, se puede realizar también la anticoncepción de emergencia con la inserción de un DIU en las primeras 120 horas tras el coito no protegido. Las limitaciones del uso de este método son las mismas que en otras circunstancias.

En cuanto a lo que las encuestas dicen de la utilización de los diferentes métodos en la adolescencia, en la encuesta del equipo Daphne de 2003, la última realizada, el grupo de edad entre 15 y 19 años presentaba la ausencia de método anticonceptivo como más prevalente (54,8%), seguida por el uso del preservativo (33,2%). La píldora tenía un uso muy escaso (10,7%) y el coito interrumpido aparecía en un 1,3%. No se hacía referencia en la población encuestada a ningún otro método. En ese momento, no se encontraban disponibles otras vías de anticoncepción hormonal combinada.

Para terminar, haremos una breve referencia a los principios de bioética en la prestación de anticoncepción. El *principio de autonomía*, por el que estamos obligados a proporcionar el mejor conocimiento científico del que se disponga

en el momento, queda garantizado con una información objetiva de los riesgos y beneficios de cualquier método, alejado de posicionamientos ideológicos que corresponden a la esfera de la vida personal. El *principio de beneficencia* nos obliga a primar siempre el beneficio sobre el perjuicio (en este caso, un embarazo no deseado). Por fin, el *principio de justicia* nos lleva a ofrecer anticoncepción accesible a toda la población, incluyendo la anticoncepción de emergencia en el mínimo tiempo posible.

Aspectos legales de la atención a los adolescentes

El menor tiene derechos reconocidos por la legislación en aquellos aspectos que afectan a su personalidad; dentro de ellos se enmarcan los derechos en materia de sexualidad, que afectan a su esfera más íntima. El artículo 162.2.1.º del Código Civil excluye de la representación que los padres hacen de los hijos "los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y condiciones de *madurez*, pueda realizar por sí mismo".

El menor en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente

Esta norma supone un enorme avance; se puede decir que esta ley respeta

al menor de edad en su consideración general como sujeto de derechos. En ella se fija la mayoría de edad sanitaria en los 16 años, esté emancipado o no el menor.

En definitiva, un menor es capaz y competente para tomar decisiones en el ámbito de la salud cuando comprenda la información y alcance un nivel de razonamiento que le permita evaluar riesgos y consecuencias futuras.

Garantías jurídicas y responsabilidad del médico en el uso de la anticoncepción de emergencia en menores

Desde que en 2001 se autorizó la píldora poscoital nos hemos encontrado con una problemática jurídica más bien teórica que real. Con la Ley 41/2002 podemos afirmar "que el menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento en el tratamiento o utilización de fármacos, en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico" siempre que el profesional actúe con arreglo a lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley de Autonomía y anote en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor. Ello salva su responsabilidad jurídica, porque además la ley citada no establece ex-

presamente en qué supuestos concretos se puede considerar maduro al menor de 16 años.

Es cierto que la citada Ley de Autonomía no resuelve expresa ni legítimamente cuándo el menor entre 12 y 16 años puede de forma autónoma otorgar su consentimiento en determinados supuestos sin la presencia de los padres.

Pero en estos casos, la realidad social, ética y médica debe encontrar la solución idónea para la salud del menor no perjudicándole.

Finalmente la Ley 41/2002 en su Art. 7.1 reconoce el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos referentes a su salud.

Bibliografía

1. AVECILLA A. Particularidades de la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. *Cienc Ginecol.* 2002;5:282-290.
2. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, de Lorenzo R. Sociedad Española de Contracepción, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia; la píldora del día después. Barcelona: Pulso Ediciones; 2002.
3. Parera N, Martínez F, Surís JC. Anticoncepción en la adolescencia. *Cuad Med Reprod.* 2001;7(2):167-177.
4. Ramírez A. Intercepción postcoital. *Cuad Med Reprod.* 2001;7(2):143-154.
5. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia; aspectos clínicos y prácticos. Zaragoza: SEC, 2001. Disponible en www.sec.es/saludreproductiva.htm

