

Hablemos de...

Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia

María José Rodríguez Jiménez

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España
mjrodjim@hotmail.com

Puntos clave

Las relaciones sexuales del adolescente comportan riesgo de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.

Los métodos anticonceptivos más usados durante la adolescencia son el preservativo masculino, la anticoncepción hormonal y la anticoncepción de emergencia.

La efectividad del método anticonceptivo se ve disminuida por la falta de cumplimiento y de adherencia al mismo.

Se debe proponer el uso del preservativo asociado a los métodos de anticoncepción hormonal o intrauterina («doble método»).

Para prevenir infecciones de transmisión sexual se debe promover un comportamiento sexual seguro y el uso adecuado del preservativo.



Introducción

La sociedad actual se enfrenta a muchos desafíos con respecto a la salud sexual de los adolescentes, como son el aumento de las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados. Tradicionalmente, la educación se ha centrado en los riesgos potenciales de la sexualidad con un enfoque negativo. Los adolescentes necesitan saber sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y prevención de las ITS de forma adecuada a sus conocimientos y su madurez, para poder vivir su sexualidad con plenitud y sin riesgos para su salud¹.

El informe del año 2012 del Instituto de la Juventud (INJUVE)² señala que la edad media de la primera relación sexual es 17 años + 3 meses, con un ligero descenso desde 2004. El porcentaje de jóvenes que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años ha pasado del 5% en 2004 al 12% en 2012, a la vez que desciende el intervalo entre las primeras actividades sexuales (besos, caricias) y las relaciones coitales con penetración.

Asesoramiento anticonceptivo en adolescencia

Existe una serie de premisas que se tendrán en cuenta al aconsejar un método anticonceptivo a una adolescente³:

– La primera, dar la opción de elegir el método que mejor se adapte a sus necesidades, teniendo en cuenta las características de la actividad sexual, valorando tipo y frecuencia de las relaciones y la existencia de compañero no monógamo o cambio frecuente de pareja⁴.

– La segunda, realizar una historia clínica detallada. La exploración ginecológica puede ser realizada en una visita posterior. La Sociedad Española de Contracepción recomienda descartar trombofilia conocida o antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica en menores de 50 años, tomar la presión arterial y pesar a la paciente⁵. Se aplicarán los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud para discernir si el anticonceptivo a elegir ofrece más ventajas que inconvenientes en su situación concreta⁶.

– La tercera, informar de los beneficios complementarios que presenta la anticoncepción hormonal en casos de dismenorrea, sangrado menstrual excesivo, acné o anemia. También se hará referencia a falsas creencias, como ganancia de peso o infertilidad a largo plazo.

Se considera una buena práctica clínica informar a los jóvenes de todos los métodos de anticoncepción, recomendando un control a los 3 meses de iniciar una contracepción hormonal para valorar los posibles efectos adversos y resolver dudas⁷.

Métodos anticonceptivos más utilizados en la adolescencia⁸

– *Preservativo masculino*⁹: es el más utilizado (46%). Por ser el único método doblemente eficaz para la prevención del

Los adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados debido a una combinación de factores biológicos y sociales.

La consulta sobre anticoncepción en adolescentes debería ser de fácil acceso, con tiempo suficiente para escucharles y con disponibilidad para resolver dudas, informando de los métodos anticonceptivos existentes para que puedan elegir el método que mejor se adapte a sus necesidades

embarazo y las ITS, se debería aconsejar su uso siempre que el o la adolescente solicite información sobre anticoncepción. Como el uso incorrecto de preservativo es muy común, es importante insistir en las formas de uso y, en determinados casos, proponer el doble método, consistente en el uso de preservativo unido a un método hormonal.

– *Píldora anticonceptiva*¹⁰: la anticoncepción hormonal oral (ACHO) es el segundo método en frecuencia (11,5%). Las más usadas son las que combinan un estrógeno con un gestágeno. También las hay que contienen un gestágeno solo, conocidas como minipíldora. Al prescribir, se debe buscar la que se adapte a las necesidades de la adolescente, eligiendo el gestágeno más apropiado con beneficios añadidos para el acné, hirsutismo, dismenorrea o la retención hídrica.

– *Anillo vaginal*: combinación de estrógeno y gestágeno que se absorbe a través de la mucosa vaginal. Solo existe un producto comercializado que se introduce en el fondo de la vagina, se lleva durante 3 semanas y la cuarta se descansa.

– *Parche anticonceptivo*: estrógeno y gestágeno que se absorben a través de la piel. Solo existe un producto comercializado. El cambio de parche se realiza semanalmente durante 3 semanas y se descansa la cuarta¹¹.

– *Anticoncepción hormonal reversible de larga duración*¹²: su uso es poco frecuente en adolescentes. Incluye el acetato de medroxiprogesterona depot, de administración trimestral mediante inyección intramuscular y el implante de etonorgestrel, varilla única que se inserta por vía subcutánea en la cara interna del brazo y actúa durante 3 años. Tienen una mayor efectividad al presentar una menor tasa de abandonos y evitar errores en su uso.

– *Anticoncepción intrauterina*¹³ (DIU): reservada para situaciones de mal cumplimiento y si no es deseable una gestación por la importante trascendencia social y personal que supone.

– *Anticoncepción de urgencia*¹⁴ (AU): supone una «segunda oportunidad» y no debe sustituir a los anticonceptivos eficaces de uso regular. Los tipos de AU disponibles en España son la píldora de levonorgestrel, eficaz en la primeras 72 h tras el coito no protegido; la píldora de acetato de ulipristal, con indicación terapéutica dentro de las 120 h (5 días) siguientes al coito de riesgo y la inserción de un DIU de alta carga de cobre hasta 120 h tras el coito de riesgo.

El método anticonceptivo más usado en la adolescencia es el preservativo masculino (46%), seguido de la anticoncepción hormonal oral combinada (11,5%) y la anticoncepción de emergencia.

Las estrategias para mejorar la efectividad de los anticonceptivos en la adolescencia incluyen pautas de anticoncepción sin descanso (21 + 7 días) vías de administración no diarias (el parche semanal y el anillo mensual) y el inicio de la toma el mismo día de la consulta (*quick start*).

La susceptibilidad de los adolescentes a las ITS está aumentada por factores biológicos relacionados con la inmadurez anatómica y funcional, y por factores de comportamiento como el inicio precoz de la actividad sexual coital, la existencia de múltiples parejas y el consumo de alcohol y sustancias.

Cumplimiento y adherencia del adolescente al tratamiento anticonceptivo

En la adolescencia, el método anticonceptivo que se utilice debe ser eficaz, seguro, reversible, de fácil uso, que no afecte a la calidad de la relación percibida por el usuario y si es posible, de precio asequible.

La efectividad de un método, es decir, su eficacia durante el uso, depende de la adherencia al mismo y de su continuidad. Los adolescentes tienen un peor cumplimiento de los métodos anticonceptivos y, por tanto, un mayor riesgo de embarazo no deseado y de contagio de una ITS¹⁵.

El *preservativo* no se usa en todas las relaciones sexuales ni desde el inicio de la misma, siendo inconsistente en el 15% de los usuarios que manifiestan utilizarlo como método anticonceptivo habitual.

La *anticoncepción hormonal oral* presenta mal cumplimiento por el olvido de píldoras, la toma en un orden diferente y el retraso en el inicio del siguiente ciclo. Se estima que las adolescentes olvidan 3 píldoras de media en cada ciclo y menos del 41% la toma correctamente todos los días. Por todo esto, la tasa de fallos en las mujeres más jóvenes es alrededor del 16% durante el primer año de uso.

Otros *métodos hormonales*, como anillo o parches, presentan problemas similares.

La *anticoncepción reversible de larga duración* tiene un mejor cumplimiento y mayor efectividad porque no requiere control por parte de la adolescente. Su uso no está muy extendido excepto en circunstancias especiales (retraso mental, epilepsia) o en adolescentes que han sido madres.

El uso conjunto de preservativo con un método hormonal, llamado *doble método*, permite aumentar la efectividad para prevenir un embarazo no deseado y proteger de contagio de

las ITS. En España, a pesar de que el 69% de los encuestados manifiestan conocer esta opción, solo fue utilizada por el 3,3% de jóvenes entre 15 y 19 años¹⁶.

Con el objetivo de mejorar y facilitar la cumplimentación de los tratamientos anticonceptivos entre las adolescentes, se ha diseñado una serie de estrategias:

- Pautas de ACHO sin descanso, con 7 comprimidos sin sustancia activa (21 + 7), con el fin de crear hábitos de rutina para la toma diaria y evitar el retraso en el inicio del siguiente envase.
- Pautas de ACHO con un menor intervalo libre de hormonas, con solo 4 comprimidos sin sustancia activa (24 + 4).
- Inicio rápido (*quick start*). Consiste en el inicio de la toma el mismo día de la consulta, recomendando anticoncepción de apoyo con preservativo durante los 7 días posteriores al inicio del método¹⁷.
- Otras vías de administración no diarias: semanal (parche), mensual (anillo) trimestral (gestágeno depot), trianual (implante).

Factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia

Los adolescentes son muy vulnerables frente a las ITS debido a características fisiológicas y de comportamiento propias de esta edad¹⁸.

Varios *factores biológicos* aumentan la susceptibilidad de las adolescentes para la adquisición de ITS. Uno de ellos es la ectopia fisiológica o presencia de epitelio columnar en el ectocérvix, que es más accesible que el epitelio escamoso presente en la madurez a la colonización por gérmenes patógenos.

Las adolescentes tienen valores más bajos que la adultas de inmunoglobulina A secretora en el moco cervical. Es un anticuerpo protector frente a infecciones genitales y su concentración aumenta en la fase secretora del ciclo menstrual, que está ausente en la adolescencia temprana cuando la ovulación ocurre de forma irregular.

Entre los *factores de comportamiento* asociados al riesgo de ITS están:

- Inicio precoz de la actividad sexual coital: mayor incidencia de infecciones cuando la primera relación se produce en la adolescencia temprana o media.
- Existencia de múltiples parejas, cambios de pareja y parejas que a su vez tienen múltiples parejas.
- Uso inconsistente de preservativo, especialmente en parejas estables.
- Tiempo transcurrido desde la primera relación coital, especialmente en el caso de la infección por virus del papiloma humano (VPH), diagnosticando el 25% dentro del primer año tras el inicio de coito.
- El consumo de alcohol y sustancias, al disminuir la sensación de riesgo.

Existen también factores sociales que dificultan el diagnóstico y tratamiento de las ITS, como son el acceso limitado de los jóvenes a un sistema de salud adecuado, por problema de horario o burocracia, y la preocupación por la confidencialidad de la consulta.

Infecciones de transmisión sexual más frecuentes en la adolescencia

Las ITS más frecuentes en adolescentes son¹⁹:

- Virus del herpes simple: causa más común de úlcera genital. El 50% son por el tipo 1, más leves y con y menos recurrencias que el tipo 2.
- VPH: es la más prevalente. En las adolescentes, la infección es transitoria, con una regresión del 70% de lesiones de alto grado, y 90% de las de bajo grado en los 3 años siguientes a la infección.
- *Chlamydia trachomatis*: es la ITS bacteriana más frecuente. Las secuelas son graves: enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, dolor crónico.
- Gonococo: puede ser asintomática o dar clínica de uretritis o cervicitis con o sin salpingitis.
- *Trichomonas*: a menudo asintomática, puede ser confundida con vaginosis bacterianas.
- Virus de la inmunodeficiencia humana: es un problema creciente y constituye la sexta causa de muerte adolescente

Prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia

Es más eficaz alentar a los adolescentes a adoptar un comportamiento sexual seguro y enseñar destrezas para negociar relaciones sexuales sanas para prevenir ITS que promulgar la abstinencia hasta el matrimonio. Los preservativos, si se usan regular y correctamente, son altamente eficaces en la prevención, si bien no al 100%²⁰.

El calendario vacunal incluye la vacuna bi o tetravalente para prevenir la infección por VPH²¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Organización Mundial de la Salud y BZgA. Standards for sexuality education in Europe. WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education –BZgA. 2010 [consultado 16 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.bzga-whocc.de/>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la juventud en España, 2012 [consultado 16 Ene 2014]. Disponible en: www.injuve.injuve.es/observatorio
3. Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R, De Pablo Lozano JL, editores. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 705-728.
4. 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. 143-151.
5. ● Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción. 2011 (21 + 7 días) Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/index.php
6. ●● Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4.ª ed. Ginebra: OMS; 2009.
7. ●● Cancelo Hidalgo MJ, Parera Junyent N, de la Viuda García E, Parra Ribes I, Rodríguez Jiménez MJ, González Navarro JV. Anticoncepción en la adolescencia. Documento de Consenso Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Octubre 2013. p. 11-79.
8. Serrano Fuster I, Lete Lasa I, Pérez Campos E, Martínez Salmeán J, Doval JL, Coll C. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Rev Iberoam Fert Rep Hum. 2012;29(1):47-54.
9. Coll i Capdevilla C, Ramírez Polo IM, Martínez San Andrés F, Ramírez Hidalgo A, Bernabeu Pérez S, Díez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL, editores. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 729-770.
10. ●● García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.sego.es
11. López LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (1):CD003552. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2010;3:CD003552.
12. FSRH Guidance (november 2008). Progestogen-only pills. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Clinical effectiveness unit a unit funded by the FSRH and supported by the University of Aberdeen to provide guidance on evidence-based practice [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.fsrh.org/pdfs/
13. 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.
14. Alvarez González JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos E. Guía actualizada de anticoncepción de urgencia. Madrid: Sociedad Española de Contracepción [consultado 20 Ene 2014]. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales
15. Burke AE, Blumenthal PD. Successful use of hormonal contraceptives. Semin Reprod Med. 2001;19:313-321.
16. Equipo Daphne. 3.ª Encuesta de sexualidad y anticoncepción en la juventud española. 2009 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/encuestas>
17. López LM, Newmann SL, Grimes DA, Nanda K, Schulds KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2008;16(2):CD006260.
18. Suárez Mayor M: Infecciones ginecológicas en la adolescencia. ITS. 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. 123-134.
19. ● Erb T, Beigi RH. Update on infectious diseases in adolescent gynecology. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2008;21(3):135-143.
20. Fortenberry JD, Middleman MD, Torchia MM. Sexually transmitted diseases: overview of issues specific to adolescents. Octubre 2013 [consultado 9 Dic 2013]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/
21. Cabrera Díaz S, Carbonell Socías M, Suárez Valero M. Infecciones por VPH en la adolescencia. Vacunación. 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. 135-142.

Para la prevención de los embarazos no deseados y las ITS es importante reforzar la asertividad del adolescente y enseñarle destrezas para negociar relaciones sexuales seguras e incluso la abstinencia.

Se debe recomendar la utilización del preservativo y explicar las instrucciones para la utilización correcta del mismo.

Así mismo, se debe intentar retrasar las relaciones coitales dentro de lo posible, estimular la fidelidad recíproca si tienen pareja e indicar la realización de revisiones ginecológicas periódicas para realizar un diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual.