

Anticoncepción en la adolescencia

MR. Benítez Rubio, MI. Medranda de Lázaro, C. Pizarro Hernández

La Dehesa. Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 89-114

Resumen

La adolescencia es un período de la vida caracterizado por profundos cambios, tanto somáticos como emocionales.

En la sociedad occidental actual, la adolescencia presenta una mayor duración, sobre todo en los estratos sociales más favorecidos, contribuyendo a ello no solo la aparición más precoz de la menarquia (edad media 12,6 años) sino también diversos aspectos socioculturales. El inicio de las relaciones sexuales coitales también ha experimentado un adelanto (edad media 15-17 años).

En este trabajo queremos ofrecer al pediatra de Atención Primaria, una revisión de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en nuestro país actualmente y un recuerdo de los aspectos jurídicos más importantes relacionados con sexualidad y anticoncepción en este grupo de edad, a fin de favorecer el quehacer diario en nuestras consultas.

Palabras clave: *Adolescencia, Anticoncepción, Sexualidad, Aspectos jurídicos, Atención Primaria.*

Abstract

The adolescence is a life period characterized by deep changes, as somatics like emotionals.

In the actual occidental society, the adolescence presents a larger duration, especially for the favourest social strata, contributing to it not only more precocious appearance of menarche (mean age 12,6 years) but also different socio-cultural aspects. The beginning of coital sexual relations has experimented an advance too (mean age 15-17 years).

In this work we wish offer to primary attention paediatrician, a revision of different contraceptive methods available in our country at the moment and a review of the more important legal aspects related with sexuality and contraception in this age group, with the purpose of favour daily job in our surgeries.

Key words: *Adolescence, Contraception, Sexuality, Legal aspects, Primary Attention.*

Introducción

La adolescencia es un período de la vida caracterizado por dinamismo, transición y cambio. Para la cultura occidental moderna, los aspectos relacionados con el comportamiento en esta etapa, son tan importantes como los cambios somáticos¹.

1. Etapas del desarrollo sexual

La duración de la adolescencia tiene hoy clara tendencia a aumentar, particularmente en los estratos sociales favorecidos.

Podemos considerar tres etapas o fases con respecto al desarrollo sexual¹:

- Adolescencia temprana, de los 12 a los 14 años. Se caracteriza por:
 - Actividad masturbatoria.
 - Tendencias homosexuales (reales o como proceso de experimentación).
 - Relaciones sexuales tempranas (poco frecuentes).
 - Proceso de socialización con la creación de grupos de amigos, primero de igual sexo, con los que se iniciará la andadura de la identidad sexual.
- Adolescencia media, de los 15 a los 17 años. Se caracteriza por:
 - Búsqueda del otro.
 - Interés por hacer atractivo el cuerpo.
 - Comienzo de relaciones sexuales

con mayores riesgos que en edades superiores.

- Adolescencia tardía, de los 18 a los 21 años. Se caracteriza por:
 - Aceptación de los cambios de la pubertad.
 - Mayor seguridad en la identidad con menor necesidad de experimentación.
 - Aumento de ternura en las relaciones.
 - Contemplación de la sexualidad como otro componente más de la personalidad.

2. Factores que influyen en la conducta sexual de los adolescentes

Aunque los adolescentes y jóvenes no constituyen grupos uniformes ni homogéneos, su comportamiento sexual y reproductivo está influido, en mayor o menor medida, por una serie de factores entre los que cabe mencionar^{2,3}:

- Disminución de la edad de la menarquia: en torno a los 12,6 años⁴.
- Inicio precoz de actividad sexual coital: en torno a los 15-17 años^{5,6}.
- Relaciones sexuales irregulares, con frecuencia espaciadas y muchas veces no previstas.
- Cambios frecuentes de pareja: "monogamia sucesiva o en serie".
- Sentimiento de invulnerabilidad por

no tener integrada la noción de riesgo. Existe una dificultad para establecer relación de causa-efecto entre la conducta sexual que proporciona placer inmediato y el riesgo probable de embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS).

- Deficiente educación sexual que conlleva escasa, deformada o idealizada información sobre anticoncepción, sexualidad y maternidad/paternidad.
- Cambios en la escala de valores con mayor permisividad sexual.
- Ocio mediatizado, en ocasiones, por el consumo de alcohol y otras drogas que producen desinhibición sexual y disminución de la percepción de riesgo.
- Presión de los medios de comunicación y dobles mensajes sociales: invitación/prohibición⁶.
- Dificultades de acceso a los servicios sanitarios y falta de habilidades sociales para conseguir asesoría y anticoncepción.

3. Consecuencias de la actividad sexual en la adolescencia

Existen dos riesgos potenciales muy relacionados entre sí:⁷

- El embarazo no deseado:
 - En España más de dieciocho mil

adolescentes, de edad inferior a 19 años, se quedan embarazadas cada año y de ellas siete mil deciden interrumpir su embarazo. Del total de adolescentes citado más arriba, ochocientas tienen entre 11 y 15 años. Solo la mitad decide continuar con la gestación. De estas cifras se desprende que, cada día en nuestro país, hay una niña abortando y otra dando a luz⁵.

- Las ITS, incluyendo el SIDA:
 - Las adolescentes que inician la actividad coital antes de los 14 años, presentan dos veces más incidencia de ITS que las que comenzaron con más de 17 años².
 - Infección por *Chlamydia*: 8-25%⁷.
 - Infección por *Neisseria*: 0,4-12%⁷.
 - Infección por el virus del papiloma humano: 15-38%⁷. Su presencia es frecuentemente asintomática en el varón, estando relacionada con el carcinoma de cuello uterino en la mujer.
 - Frotis cervicales anómalos: 16%⁷.
 - Con la aparición del SIDA se están produciendo modificaciones de la conducta sexual, con una demora en el inicio de la actividad coital por parte de las chicas, aspecto no observado en los varones².

4. Educación sexual

El papel de los padres, educadores y también el nuestro, como pediatra de cabecera, es el de acompañar al adolescente en su paso hacia la edad adulta. En este camino surgen dificultades que tendremos que ir solventando con paciencia y preparación.

La educación afectiva y sexual es algo más que hablar de sexualidad. Nosotros podemos ejercer una gran influencia, pero hay que tener en cuenta las particularidades del adolescente, de sus familias, del entorno, etc.².

Los objetivos que deben perseguirse son:^{7,1}

- Incrementar conocimientos, con información clara, sencilla y directa. El problema es que cuando son niños no queremos hablar de sexo con ellos y cuando son adolescentes son ellos los que ya no quieren hablar con nosotros.
- Clarificar valores (matrimonio, familia, citas, drogas, etc.).
- Aumentar la comunicación, que facilite la toma de decisiones y entre ellas la abstinencia como opción personal, descubriendo con los jóvenes que quieren utilizarla estrategias para saber cómo decir NO⁸.

Es deseable una cooperación entre autoridades de Sanidad y Educación,

una colaboración entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales con mayor investigación sobre educación sexual. En Suecia, Holanda y Finlandia, el descenso y estabilización de las tasas de embarazo, abortos e ITS entre sus adolescentes solo se ha conseguido tras realizar programas de educación sexual de forma sistemática con el apoyo estatal^{7,1}. En España, tras la campaña de "Póntelo, pónselo" se observó una disminución en el número de abortos.

Debemos, como médicos, ayudar a comprender al resto de la sociedad que la adolescente con edad suficiente para quedar embarazada, tiene también la edad suficiente para recibir anticonceptivos⁷. Existen evidencias de que la educación sexual puede tener un efecto disuasorio o de retraso del inicio de la actividad coital y que la sexualidad se exprese de forma responsable con mejor uso de los métodos anticonceptivos^{1,3}.

5. Métodos anticonceptivos: generalidades

Partimos de dos premisas básicas:

- No hay un método ideal.
- La elección implica una opción libre e individual².

Los **requisitos de la anticoncepción** en este período de la vida son:²

- Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y psicológica, no interfiriendo en el desarrollo y crecimiento estatural.
- Debe ser reversible salvo que casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas, desaconsejen lo contrario.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia, y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes.

En anticoncepción existe un concepto importante que es el tiempo de riesgo o tiempo transcurrido entre el comienzo de las relaciones sexuales con penetración y la utilización de un método anticonceptivo seguro. En una encuesta realizada por una multinacional farmacéutica entre jóvenes adolescentes, se vió que era de tres meses para el 50% de los jóvenes, 12 meses para un 21,5% y de más de 12 meses para el 28,5% de los encuestados⁷.

Siguiendo las directrices de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO-1990), la clasificación de los métodos anticonceptivos en la adolescencia es:⁸

- Recomendables:
 - Preservativo.
 - Anticonceptivos hormonales orales (AHO).
- Aceptables:
 - Diafragma.
 - Esponjas.
 - Espermicidas.
 - Anticonceptivos inyectables.
- Poco aceptables:
 - DIU.
 - Anticoncepción quirúrgica.
- De emergencia:
 - Intercepción postcoital.

6. Métodos anticonceptivos: clasificación

A continuación, exponemos la clasificación que hemos utilizado para proceder a describir cada uno de los métodos:

6.1. Abstinencia periódica

6.2. *Coitus interruptus*

6.3. Métodos de barrera

6.3.1. Preservativo

6.3.2. Diafragma

6.3.3. Capuchón cervical

6.4. Espermicidas

6.5. Métodos combinados

6.5.1. Esponja espermicida

6.5.2. Preservativo en el varón y espermicida en la mujer

6.6. Dispositivo intrauterino (DIU)

6.7. Anillo vaginal

- 6.8. Anticonceptivos hormonales
 - 6.8.1. Anticonceptivos hormonales orales (AHO)
 - 6.8.1.1. AHO combinados: estrógeno más progestágeno
 - 6.8.1.2. "Minipíldoras": progestágeno solo
 - 6.8.2. Anticonceptivos hormonales inyectables
 - 6.8.2.1. Estrógeno más progestágeno
 - 6.8.2.2. Progestágeno solo: intramuscular, implante subdérmico
 - 6.8.3. Intercepción postcoital
 - 6.8.3.1. Estrógeno más progestágeno Pauta de Yuzpe.
 - 6.8.3.2. Progestágeno solo
 - 6.8.3.3. DIU medicado
- 6.9. Contracepción quirúrgica

6.1. Abstinencia periódica

- Ventajas:
 - No tiene contraindicaciones ni efectos secundarios.
 - Siempre está a su alcance.
 - No cuesta dinero.
- Inconvenientes:
 - NO es eficaz:
 - Durante la adolescencia, las ovulaciones tienen periodicidad variable.
 - Cálculo erróneo de épocas ovulatorias (se fían más del día del ciclo, que de los signos y

síntomas propios del período fértil).

- Un registro meticuloso limita las relaciones sexuales.
- NO protege frente a ITS.

6.2. Coitus interruptus

Método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes en las primeras relaciones sexuales^{5,6}.

- Ventajas:
 - No tiene contraindicaciones ni efectos secundarios.
 - Siempre está a su alcance.
 - No cuesta dinero.
- Inconvenientes:
 - NO es eficaz.
 - NO protege frente a ITS.

6.3. Métodos de barrera

6.3.1. Preservativo

- Fracasos: 2-10%⁹.
 - Población en general: 0,5-2%.
 - Adolescentes: 8-14%.
- Ventajas:
 - Inocuidad.
 - Fácil accesibilidad: No precisa receta. Múltiples puntos de venta.
 - Económicos: Látex: 0,45-0,75 E/unidad (75-125 pts/unidad). Sin látex (poliuretano): 2,40 E/unidad (400 pts/unidad).
 - Escaso planeamiento previo.

- NO efectos secundarios (salvo alergia al látex).
 - Prevención de ITS.
 - Disminución de la prevalencia de cáncer cervical en compañeras.
 - Permite a los varones participar en la responsabilidad de la contracepción¹⁰.
- Inconvenientes:
- Disminución de sensibilidad en el varón.
 - Interrupción del acto sexual.
 - Temor a que pueda romperse (0,5-3%⁵).
 - Alergia al látex (según la FDA 7%²) o a los lubricantes utilizados.
- Especialmente indicados en:
- Riesgo de ITS.
 - Relaciones muy esporádicas.
 - Refuerzo en mal uso de AHO.
- Recomendaciones de uso correcto del preservativo: ver Tabla I⁹.

6.3.2. Diafragma

- Es un disco de caucho fino, que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo el cérvix. Hay de varios diámetros. Nombre comercial: Diafragma ORTMO® (47,48 €/7.900 pts).
- Fracasos: 3-10%¹¹ 2,5-23%⁹.
 - Ventajas:
 - Inocuidad.

Tabla I. Instrucciones para el uso correcto del preservativo⁹

- Usarlo en todos los coitos.
- Usar preservativos homologados.
- NO usar preservativos caducados ni aquellos cuyo aspecto pueda indicar que lo están.
- NO conservarlos cerca del calor.
- Manipular el preservativo con cuidado para no dañar el látex.
- Colocarlo antes de la introducción del pene erecto en la vagina.
- Apretar el extremo superior del preservativo para dejar un espacio de aire antes de desenrollarlo sobre el pene. Hay que desenrollarlo cuidadosamente cubriendo totalmente el pene.
- Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina lentamente, sujetando el borde del preservativo para evitar que se derrame semen en la vagina o la vulva y antes de que desaparezca la erección.
- Cerrar el preservativo con un nudo.
- Comprobar su integridad después de usarlo.
- Los preservativos NO pueden volver a ser utilizados.
- Si se usa con crema espermicida, aumenta su eficacia.
- No usar con vaselina ni aceites como lubricantes. Si hay que usar lubricantes, tienen que ser acuosos (como glicerina).
- Si se produce la rotura o la retención de un preservativo, valorar la utilización de anticoncepción postcoital en las siguientes 48 a 72 horas.
- Llevar siempre uno encima, ante la posibilidad de una relación sexual imprevista.

- NO requiere colaboración del varón.
 - Protección parcial frente a ITS.
 - Puede insertarse horas antes del encuentro sexual.
 - Duración media de 2-3 años (excepto ganancia o pérdida extrema de peso o embarazo).
 - Menores tasas de: *gonococia*, *trichosomiasis*, *chlamydia* y *vaginosis bacteriana* que con preservativos.
 - Sirve para colocar gelatina espermicida en una posición eficaz.
- Inconvenientes:
- Motivación y destreza.
 - Aumenta la prevalencia de candidiasis.
 - Debe ser colocado individualmente la primera vez por médico o ATS.
 - Se desaconseja su uso durante la regla.
 - No tan eficaz como el preservativo.

Si hay un segundo coito después de tres horas del primero, se colocará más espermicida. Tras el último coito mantener el diafragma en vagina durante 6-8 horas. Una vez retirado, lavarlo con jabón neutro y enjuagar.

- Contraindicaciones¹⁰.
- Historia de shock séptico.
 - Alergia a caucho o agentes espermicidas.

- Historia de infecciones recurrentes del tracto urinario.
- Parto en las últimas 6-12 semanas.
- Incapacidad de la paciente para aprender la correcta técnica de inserción.

6.3.3. Capuchón cervical

- Precisa colocación.
- Técnica más difícil.
- Se necesita utilizar gelatina espermicida asociada.
- No disponible en farmacias.

6.4. Espermicidas

Combinados con métodos de barrera pueden ofrecer una anticoncepción similar a anticonceptivos hormonales, pero sin sus efectos secundarios.

No son recomendables como método único por el alto número de fracasos⁹.

El agente más utilizado es el Nonoxinol⁹ (Laboratorio Lanzas). Se presenta en forma de espuma, gel, crema, supositorios (eficacia algo menor), película o esponja. No están disponibles en farmacia las presentaciones de espuma, gel y película. Se puede adquirir la crema contraceptiva Lanzas[®] (3,58 €/595 pts.) y minióvulos Lanzas[®] (10 óvulos 4,06 €/675 pts).

- Ventajas:
- Es inocuo, no tiene contraindicaciones y no requiere control médico.

- Fácilmente disponible, sin necesidad de prescripción¹⁰.
- Cómodo, de fácil aprendizaje.
- Proporciona protección frente a ITS incluyendo actividad in vitro contra la gonorrea, trichomonas vaginalis, candida albicans y virus del herpes.
- Inconvenientes:
 - Menos eficaz que AHO.
 - Considerado desagradable por algunos compañeros sexuales.
 - Tras haber sido colocado el agente, la relación sexual solo puede realizarse una vez.
 - Las adolescentes deben aceptar la manipulación de genitales.
- Barrera. Bloquea potencialmente la entrada de espermatozoides en el conducto cervical.
- Ventajas:
 - Muy fácil de insertar y retirar.
 - Activa 24 horas. Debe retirarse a las seis horas tras el último coito.
- Inconvenientes:
 - Precio elevado.
 - Se precisa agua para su activación.
 - Riesgo de shock séptico similar al uso de tampones (aprox. 10/100.000 mujeres¹⁰).
 - Olvido de la esponja¹⁰.

6.5. Métodos combinados

6.5.1. Esponja espermicida

Es un pequeño disco de poliuretano impregnado con espermicida (generalmente Nonoxinol⁹), que se activa en contacto con el agua.

Presentación en farmacias: PROTECTAID[®] esponja contraceptiva (4 unidades). Precio: 13,22 €/2.200 pts (3,3 €/unidad; 550 pts/unidad).

- Mecanismo de acción:¹⁰
 - Actividad espermicida.
 - Absorción de espermatozoides, disminuyendo la cantidad disponible para la fertilización.

6.5.2. Preservativo en el varón y espermicida en la mujer

- Fracasos: 2%.

6.6. Dispositivo intrauterino

- Fracasos: 0,5-3%²
- Tipos de DIU: Son todos medicados:²
 - Primera generación o de cobre, con efecto contraceptivo durante tres años.
 - Segunda generación o de alta carga. Su duración es superior a cinco años.
 - DIU liberador de levonorgestrel, de duración similar al tipo anterior.
- Mecanismo de acción:

- Actúan inicialmente inhibiendo la fertilización y secundariamente inhibiendo la implantación².
- Ventajas:
- Poco seguimiento.
 - NO exige participación diaria por parte de la adolescente.
 - NO interrumpe el acto sexual.
 - NO puede ser descubierto por los padres.
 - Reversible de manera inmediata extrayendo el DIU (solo puede hacerlo un médico)¹⁰.
- Inconvenientes:
- NO se considera buena opción para mujeres nulíparas, por riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
 - NO protege frente a ITS.
 - Mayor riesgo de infección.
 - Puede provocar aborto séptico y muerte.
 - Aumenta el sangrado menstrual.
 - Aumenta la dismenorrea.
 - Para su colocación es preciso visitar a un médico.
 - Si fracasa, mayor riesgo de embarazo ectópico (1-3%).
- Contraindicaciones:
- Embarazo.
 - Neoplasia del tracto genital.
 - Infección pélvica activa¹⁰.
 - Hemorragia genital no diagnosticada.

- Riesgo de ITS.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Menstruación abundante, con signos clínicos de anemia.
- Hiperbilirrubinemia secundaria a enfermedad de Wilson.

6.7. Anillo vaginal

– Nombre comercial: Nuvaring® (Laboratorio Organon). Precio: 12,80 € (2.130 ptas.).

De acuerdo a la monografía del producto, comercializado en España en enero de 2003, las características del anillo vaginal son:

- Es un anillo de plástico (Evatane), flexible, transparente y casi incoloro.
- Mide 54 mm de diámetro y su grosor es de 4 mm.
- Se introduce en la vagina, donde permanece 21 días, liberando diariamente 15 mcg de etinilestradiol y 120 mcg de etonogestrel, que es el metabolito biológicamente activo de desogestrel.
- Transcurridos los 21 días, se extrae para la menstruación y se coloca otro pasado 7 días.
- Pertenece al grupo de anticonceptivos combinados de baja dosis, presentando las mismas contraindicaciones e interacciones con otras drogas.

- Si el anillo se utiliza por primera vez o si se extrae de la vagina más de tres horas, es necesario el uso de un método anticonceptivo adicional, como puede ser el preservativo, hasta que el anillo lleve colocado siete días y los niveles hormonales sean los adecuados.
- Fracasos: 1-2%.
- Ventajas:
 - No requieren administración diaria como la anticoncepción hormonal oral, sino mensual.
 - Las mujeres pueden insertarlo y extraerlo ellas mismas, bajo prescripción médica y tras recibir las oportunas instrucciones, lo que supone un control sobre la propia fertilidad.
 - No interrumpe la relación sexual.
 - Tiene un efecto neutro sobre el peso corporal.
- Inconvenientes:
 - No protege frente a ITS, incluyendo HIV/SIDA.
 - Requiere receta.
 - Precio elevado para adolescentes.
- Efectos secundarios:
 - Locales: leucorrea, vaginitis, irritación vaginal.
 - Baja incidencia de náuseas, cefaleas, mastodinia y acné.

- Escasos o nulos efectos clínicos relevantes sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (metabolismo de hidratos de carbono, lipídico, tensión arterial y hemostasia), función suprarrenal y tiroidea.

6.8. Anticonceptivos hormonales

Podemos dividir los anticonceptivos hormonales en tres grandes grupos: los administrados por vía oral, los inyectables y, un grupo especial representado por la intercepción postcoital.

Todos ellos pueden estar constituidos por preparados combinados de estrógeno más progestágeno, o, solo por progestágeno.

6.8.1. Anticonceptivos hormonales orales (AHO)

6.8.1.1. AHO combinados: estrógeno más progestágeno

Los AHO son la medicación más inocua y más estudiada de la historia. Son el método anticonceptivo más fiable de que disponemos, y son elegidos por el 30% de las adolescentes que usan anticoncepción. Los AHO son utilizados por más de 500 millones de mujeres en todo el mundo^{8,9,10,11,12}.

NO hay compromiso alguno para la fertilidad futura^{8,13}.

NO hay indicios de efectos teratógenos si por algún fallo se produce embarazo durante su uso⁵.

NO es preciso realizar examen pélvico para su prescripción, salvo que la adolescente refiera alguna molestia ginecológica, aunque algunos autores la recomiendan en adolescentes sanas a partir de los 18 años. En general, la exploración ginecológica suele realizarse después de 6 a 12 meses de haber iniciado relaciones coitales^{4,8,11,13,14}.

– Fracasos: 0,8%.

– Ventajas:

- Excelente protección frente a embarazo.
- No restan espontaneidad.
- Adolescentes con acné se beneficiarían con preparados que contengan acetato de ciproterona.
- Control médico periódico (control médico más información).

– Inconvenientes:

- No protegen frente a ITS.
- Efectos secundarios (amenorrea < 2%, hemorragias intermenstruales "spotting").
- Bajo cumplimiento (20% mal uso).
- Toma diaria (posibles olvidos).
- Aumento mínimo de peso.
- Turgencia mamaria.
- Náuseas y vómitos (recomendar dosis nocturna).

- Cloasma (recomendar fotoprotector ante exposición solar).
- Cambios en la libido.
- Depresión.

Los AHO, además de efectos contraceptivos propiamente dichos, presentan una serie de efectos generales, tanto beneficiosos, como adversos, que son:

– Efectos beneficiosos no contraceptivos⁸.

- Aumentan la regularidad menstrual.
- Disminuyen la incidencia de: hipermenorrea, anemia ferropénica, dismenorrea, hemorragia uterina disfuncional, síndrome premenstrual, enfermedad fibroquística de mama.
- Disminuyen incidencia de EPI.
- Disminuyen incidencia de embarazo ectópico.
- Disminuyen incidencia de quistes de ovario.
- Disminuyen riesgo de cáncer de ovario y endometrio.
- Disminuyen incidencia de acné e hirsutismo.
- Retrasan la aparición y evolución de osteoporosis en edad adulta⁷.

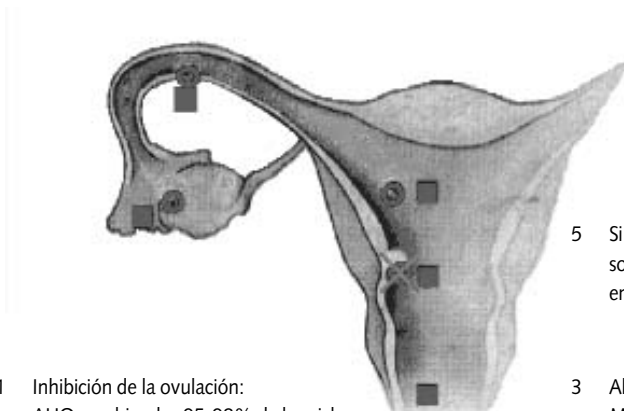
– Efectos adversos no contraceptivos.

- Los efectos cardiovasculares quedan limitados a mujeres mayores de 35 años, y sobre todo a las fumadoras.

Figura 1. Mecanismo de acción de los AHO.

2 Alteración motilidad trompas de Falopio:
Acortamiento tiempo de tránsito

4 Cambios en el endometrio:
Atrofia glandular
Menor almacenamiento del glucógeno



1 Inhibición de la ovulación:
AHO combinados 95-98% de los ciclos
AHO con solo progestágeno 15-40% de los ciclos

5 Si el óvulo fertilizado ya está implantado sobre la pared del útero, la mujer está embarazada, los AHO no tienen efecto

3 Alteración del moco cervical:
Mayor viscosidad
Mayor densidad

- El efecto potencial de los estrógenos sobre el crecimiento no es significativo (dosis bajas, y normalmente se ha terminado el crecimiento).
- Se ha encontrado débil asociación entre la toma continuada de AHO y cáncer de mama, diagnosticado antes de los 45 años, sobre todo con preparados con altas dosis de estrógenos y progestágenos^{7,9}.

Basadas fundamentalmente en los efectos adversos de los estrógenos contenidos en los AHO combinados se establecen las contraindicaciones para su uso.

- Contraindicaciones absolutas:
 - Tromboembolismo venoso periférico y/o tromboflebitis.
 - Accidente cerebral vascular.
 - Enfermedad hepática aguda o crónica.
 - Cáncer de mama.
 - Otros cánceres hormono-dependientes.
 - Insuficiencia renal.
 - Hiperlipoproteinemias.
 - Discrasias sanguíneas.
 - Porfiria.
- Contraindicaciones relativas:
 - Hipertensión arterial.

- Diabetes insulino dependiente sin afectación vascular.
- Epilepsia.
- Cefaleas migrañosas.
- Interacciones farmacológicas.
- Enfermedad psiquiátrica y otras que impidan el cumplimiento.
- Enfermedad de Crohn.

Diversos medicamentos disminuyen la eficacia de los AHO combinados:

- Algunos anticonvulsivantes: hidantoína y carbamazepina (inducción de enzimas hepáticas)^{8,10}.
- Rifampicina (inducción de enzimas hepáticas)^{8,10}.
- Penicilina y derivados (disminución absorción gastrointestinal)^{8,10}.
- Tetraciclina.
- Griseofulvina.

Los efectos antidepresivos de los anti-depresivos tricíclicos pueden verse aumentados por los AHO (inhibición de las enzimas hepáticas)¹⁰.

– Mecanismo de acción: (Ver Figura 1).

- Inhibición de la ovulación. Los AHO inhiben la liberación hipotálamica pulsátil de GnRH y tienen efecto directo sobre la hipófisis, disminuyendo la secreción de FSH (con AHO combinados disminuye en un 70%) y LH (con AHO combinados disminuye en un 20%). Con AHO combinados se suprime

la ovulación en el 95-98% de los ciclos. Los AHO que contienen solo progestágenos (minipíldoras) inhiben la ovulación solo en el 15-40% de los ciclos^{10,13}.

- Cambios en el moco cervical. El progestágeno hace que el moco cervical se haga más viscoso y espeso.
- Cambios en el endometrio. El progestágeno, al principio del ciclo, produce un endometrio con glándulas atroficas y disminución del almacenamiento de glucógeno. Este tipo de endometrio no es adecuado para la implantación del huevo.
- Efecto sobre la motilidad tubárica. Los AHO pueden alterar la motilidad de las trompas de Falopio, abreviando el tiempo de tránsito del huevo y disminuyendo la posibilidad de implantación¹⁰.

– Requisitos para la prescripción:

- Imprescindible hacer historia clínica, destacando:
 - Antecedentes personales y familiares, prestando atención a factores de riesgo cardiovascular.
 - Hábito tabáquico.
 - Determinación de tensión arterial y peso⁵.
 - No es necesario, en adolescente sana, examen pélvico, ni analítica sanguínea⁵.

Tabla II. Anticonceptivos hormonales orales combinados						
Nombre comercial	Estrógenos	Progestágenos	PVP 21 Comp.		PVP 3 x 21 Comp.	
			€	ptas.	€	ptas.
Monofásicos baja dosis						
Minulet	E.E 30 mcg	Gestodeno 75 mcg	4,25	707	10,8	1.797
Microdiol	E.E 30 mcg	Gestodeno 150 mcg	5,78	961		
Diane 35	E.E 35 mcg	Ac. de Ciproterona 2 mg	5,05	840		
Ovoplex 30/150*	E.E 30 mcg					
Monofásicos extra-baja dosis						
Harmonet	E.E 20 mcg	Gestodeno 75 mcg	5,94	989	16,82	2.799
Meliane	E.E 20 mcg	Gestodeno 75 mcg	6,76	1.125	19,2	3.194
Suavuret	E.E 20 mcg	Desogestrel 150 mcg	6,7	1.115	18,5	3.078
Monofásicos de toma continua						
Diane 35 diario*	E.E 35 mcg	Ac. de Ciproterona 2 mg	5,93	986**		
Minesse	E.E 15 mcg	Gestodeno 60 mcg	9	1.497**	26,99	4.490***
Melodene-15	E.E 15 mcg	Gestodeno 60 mcg	9,02	1.500**		
Trifásicos						
Triclor*	E.E	Levonorgestrel	2,16	359		
Triminulet	E.E	Gestodeno	5,14	855	13,27	2.208
*AHO financiados por la Seguridad Social						
**28 comp.						
***3 x 28 comp.						

- Consejo pormenorizado sobre su uso.
- Debe haber tenido previamente, al menos 2-3 reglas normales y espontáneas. Recomendable que hayan transcurrido dos años desde menarquia^{7,8}.
- El primer control se hará a los seis meses, debiéndose realizar analítica (hemograma, lípidos, glucemia, enzimas hepáticas, antitrombina III si hay historia familiar) y exploración ginecológica⁹.

En 1960, la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó el uso en humanos de la píldora anticonceptiva. Desde entonces la tendencia ha sido ir disminuyendo la dosis tanto del componente estrogénico, como del progestágeno, hasta que en abril de 1988 (siguiendo las recomendaciones de la FDA) se retiraron del mercado americano todas las píldoras con contenido estrogénico mayor a 50 mcg¹⁰.

Se iniciará el tratamiento eligiendo comprimidos con bajo contenido en hormonas: 30-40 mcg de etinilestradiol (E.E.) más un progestágeno (preferiblemente

de tercera generación: Norgestimato, Gestodeno, Desogestrel)^{2,5,8}.

Los comprimidos pueden ser monofásicos (todos los comprimidos contienen la misma cantidad de estrógeno y progestágeno) o trifásicos (la dosis de estrógeno y progestágeno varía a lo largo del ciclo), con escaso o nulo efecto sobre crecimiento epifisario, tensión arterial, peso y metabolismo de las grasas^{9,13} (Ver Tabla II).

– Uso AHO combinados:

- Se administrará un comprimido al día, a partir del primer día de la menstruación durante 21 días, descansar siete días y reiniciar. Tomar los comprimidos más o menos a la misma hora. NO olvidar ningún comprimido.

- Pauta de actuación si se ha olvidado alguna dosis de AHO combinado:

- Olvido de una dosis:

- Menos de 12 h, tomar la olvidada y seguir el tratamiento con normalidad⁸.

- Más de 12 h, tomar la olvidada, seguir el tratamiento con normalidad y añadir medidas anticonceptivas complementarias (preservativo) durante siete días. Si el período de siete días coincide con la pausa terapéutica o con las píldoras placebo, se continua-

rá inmediatamente con el siguiente envase, sin hacer pausa ni ingerir pastillas placebo^{5,8}.

- Olvido de dos dosis:

- Tomar dos comprimidos los dos días siguientes y añadir medidas anticonceptivas complementarias (preservativo) durante siete días. Si el período de siete días coincide con la pausa terapéutica o con las píldoras placebo, se continuará inmediatamente con el siguiente envase, sin hacer pausa ni ingerir pastillas placebo¹².

- Olvido de tres dosis:

- Suspender el tratamiento e iniciarlo de nuevo al octavo día del último comprimido ingerido, protegiendo con otro método anticonceptivo de barrera durante los 14 días siguientes al olvido^{9,12}.

- Para disminuir los fallos por olvido de dosis se han comercializado preparados con 28 comprimidos (21 o 24 activos y 7 o 4 placebo).

Si aparecieran vómitos o diarrea en las 2-4 h siguientes a la toma, se recomendará tomar una píldora adicional (envase de reserva). Si el problema persistiera se utilizarán medidas anticon-

Tabla III. Hoja de recomendaciones en la primera toma de AHO combinados	
Hoja de instrucciones para tomar la píldora	
Nombre de la píldora prescrita	
Fecha de comienzo y hora habitual de la toma	
1.	Toma la píldora el primer día de tu próxima regla, luego toma una píldora diaria. Toma todos los días la píldora más o menos a la misma hora y asociando alguna actividad que repitas a diario (por ej.: cenar, poner el despertador, lavarte los dientes, desayunar, etc.).
2.	Anota en una agenda o en esta misma hoja el día de la semana, mes y hora en que tomaste la 1ª píldora.
3.	Si tienes que acudir a cualquier médico, coméntale que estás tomando la píldora.
4.	Acude al médico que te recetó la píldora al menos una vez al año para que haga un seguimiento continuado de la toma de anticonceptivos.
5.	Qué hacer si has olvidado tomar la píldora: <ul style="list-style-type: none"> • Si han pasado menos de 12 h desde que tenías que haber tomado la píldora: <ul style="list-style-type: none"> - Toma la píldora que se te ha olvidado. - Continúa tomando el resto de forma habitual y a la hora que te corresponda. • Si han pasado más de 12 h: <ul style="list-style-type: none"> - Toma lo antes posible la gragea olvidada. - Utiliza refuerzo anticonceptivo(preservativo) los siete días siguientes. • Si se te han olvidado 2 grageas: <ul style="list-style-type: none"> - Toma 2 píldoras juntas los dos días siguientes. - Continúa tomando el resto de forma habitual y a la hora que te corresponda. - Utiliza refuerzo anticonceptivo (preservativo) los siete días siguientes. • Si se te han olvidado tres o más grageas: <ul style="list-style-type: none"> - Suspende el tratamiento e inícialo de nuevo al octavo día de la última gragea ingerida. - Utiliza otro método anticonceptivo de barrera durante los 14 días siguientes al olvido.
6.	Si tienes vómitos o diarrea o estás tomando antibióticos, la píldora puede ser menos efectiva. Usa otro método adicional (de barrera). En caso de vómitos, si han pasado más de cuatro horas desde que tomaste la píldora, no te preocupes. Si han pasado menos de cuatro horas es probable que no haya habido tiempo para que la píldora haga su efecto, por lo que deberás tomar las siguientes precauciones: toma una píldora de otro envase antes de que hayan pasado cuatro horas desde que se produjo el vómito. Continúa con la toma habitual de la píldora del envase que estabas utilizando.
7.	Recuerda que la píldora NO protege del SIDA o de enfermedades de transmisión sexual, y es recomendable usar siempre preservativo.
8.	Sangrados fuera del período menstrual: los sangrados fuera del período menstrual son muy frecuentes en los tres primeros meses de la toma de la píldora. Esto es debido a que el organismo se está habituando a la nueva situación hormonal. No debes interrumpir la toma de tu anticonceptivo. Si los sangrados se prolongan durante más de tres meses seguidos, consulta con tu médico.
9.	Toma de otros medicamentos: en este caso siempre deberán estar recetados por un médico, al que previamente informarás de que estás tomando la píldora, ya que algunos medicamentos pueden modificar la eficacia de los anticonceptivos orales.
10.	Signos de consulta urgente con el médico: intenso dolor abdominal, intenso dolor torácico, intenso dolor de cabeza, visión borrosa, problemas visuales, dolor intenso en las piernas.
(Extraído y modificado del Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria ⁹)	

ceptivas adicionales mientras dure el proceso y al menos 7 días más⁹.

Se suspenderá el tratamiento con AHO en caso de: embarazo, flebitis, aumento de tensión arterial por encima de 140/90 mm Hg, ictericia, hepatitis o prurito generalizado, aumento de crisis epilépticas, cirugía programada (con 4-6 semanas de antelación), si se requiere inmovilización, encamamiento, escayolas...

Disponemos de una hoja de recomendaciones en la primera toma de AHO combinados, para entregar a la adolescente (Ver Tabla III):

– Doble protección “*double dutch*”:

- Literalmente significa “doble holandés”, ya que la idea surge en Holanda en la década de los ochenta, donde las adolescentes estaban muy concienciadas a tomar AHO gracias a programas educativos, y tras el aumento de incidencia de SIDA se concienciaron para el uso de preservativos, con lo que se ha conseguido que Holanda sea el país del mundo con menor tasa de embarazos, abortos y ITS entre la población adolescente^{5,7}.
- Consiste en la toma de AHO en la mujer y uso de preservativo en el varón. Sería el método de elección en el colectivo adolescente (OMS) considera este grupo de edad, en

materia de sexualidad, como grupo de riesgo⁵), pero su adecuado cumplimiento se da solo en jóvenes muy motivados⁸.

- Con la doble protección se pretende:
 - Mantener la eficacia anticonceptiva elevada, proporcionada por los AHO.
 - Estimular la responsabilidad individual, tanto de chicos como de chicas, ante la propia sexualidad.
 - Mejorar la relación de pareja, al compartir las medidas anticonceptivas y de prevención de ITS.
 - Protección frente a ITS.
 - Obtención de los beneficios (refuerzo educativo, preventivo, cuidados en salud, etc.), derivados del contacto con los servicios sanitarios, al que obliga, en cierta manera el uso de AHO, lo que no sucede en usuarios exclusivos de preservativos.

6.8.1.2. “*Minipíldoras*”: *progestágeno solo*

En caso de que exista contraindicación o intolerancia al uso de estrógenos o durante la lactancia, puede utilizarse progestágeno solo, en comprimidos, como método AHO^{5,9,15}.

Es un método anticonceptivo basado en la administración de progestágeno durante todo el ciclo.

Cerazet® (75 mg de Desogestrel) PVP: 28 cp 6,14 € (1.021 pts), 3 x 28 cp 16,31 € (2.714 pts).

– Uso:

- Toma continua, siempre de comprimidos activos. Exige muy buen cumplimiento para mantener la eficacia anticonceptiva.

– Olvidos:

- Retraso en la toma menor a 3 h: debe tomarse ese comprimido, y el siguiente a la hora habitual.
- Retraso en la toma mayor a 3 h: debe tomarse ese comprimido y el siguiente a la hora habitual, además hay que utilizar otro método anticonceptivo adicional durante siete días.

6.8.2. Anticonceptivos hormonales inyectables

6.8.2.1. Estrógeno más progestágeno

Dosis única de un compuesto de estrógeno más progestágeno.

Topasel® (10 mg Enantato estradiol y 150 mg Acetofenido de algestona) PVP: 3,23 € (537 pts).

– Uso:

- 1 ampolla intramuscular profunda ocho días después del comienzo de la menstruación.
- Produce más cambios en perfil lipídico e hidrocarbonado que los preparados orales modernos⁹.

6.8.2.2. Progestágeno solo: intramuscular, implante subdérmico

– Progestágeno intramuscular:

Tabla IV. Anticonceptivos hormonales (excluyendo AHO combinados)		
Nombre comercial	Estrógenos	Progestágenos
AHO solo progestágeno		
Cerazet		Desogestrel 75 mcg
AHO inyectables		
Topasel	E.E 10 mcg	Ac. de Algestona 150 mg
Depropogevera		Ac. de Medroxiprogesterina 150 mg
Norplant		Levonorgestrel*
Implanon		Desogestrel 150 mcg*
Intercepción postcoital		
Postinor		Levonorgestrel 750 mcg
Norlevo		Levonorgestrel 750 mcg
*No comercializados en España.		

En adolescentes con alto riesgo de efectos indeseables (enfermedad hepática, prótesis valvulares...) ¹⁵.

Depo-progevera® (150 mg Medroxi-progesterona) PVP. 2,56 E (426 pts).

– Fracasos: 2-4% ¹¹.

– Ventajas:

- Alta eficacia.
- Solo se administra cada 3 meses.

– Inconvenientes:

- Alteraciones importantes del metabolismo (aumento de LDL Colesterol).
- Son anabolizantes.
- Hinchazón.
- Sangrados irregulares y/o amenorrea.
- Retraso en la ovulación durante el tratamiento ⁹.
- No protege frente a ITS.
- Disminuye la concentración de estrógenos sanguíneos ⁷.
- Pérdida de masa ósea ⁷.
- Posibles malformaciones fetales ².

– Indicaciones:

- Retraso mental.
- Adolescentes que no aceptan AHO.

– Contraindicaciones:

- Hipercolesterolemia.
- Obesidad exagerada.
- Tabaquismo severo.

Su acción anovulatoria es reversible, se retrasa la ovulación hasta la finaliza-

ción del tratamiento, pero no afecta a la fertilidad de forma permanente ⁹.

– Implante subdérmico:

Son depósitos de silicona introducidos debajo de la piel, que liberan bien Levonorgestrel (Norplant®) o bien Desogestrel (Implanón®), durante aproximadamente cinco años.

Desde septiembre de 2002, está comercializado en España el Implanón (162,10 €/26.970 pts). Es un implante no biodegradable, constituido por una única varilla de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro, que contiene etonogestrel, para administración subdérmica.

Norplant no está comercializado en España y consiste en un sistema de varillas múltiples, en concreto seis, que contienen levonorgestrel.

Los implantes subdérmicos, aunque de muy reciente introducción en España, tienen un notable interés, pues son utilizados como método anticonceptivo habitual por un número importante de mujeres inmigrantes procedentes, sobre todo, de Sudamérica.

– Fracasos: 0,5% al año y 2,7% a los 5 años ².

– Ventajas:

- Comodidad.

– Inconvenientes:

- Precisan intervención quirúrgica,

con anestesia local, para su introducción.

- Visibles subcutáneamente.
 - Su extracción puede ser dificultosa y dolorosa⁷.
- Indicaciones:
- Adolescentes que ya han sido madres⁷.
 - No se pueden utilizar otros métodos anticonceptivos⁷.

(Ver Tabla IV).

6.8.3. Intercepción postcoital (IPC)

También conocida con el nombre de "píldora del día después", consiste en la utilización de un preparado o dispositivo para prevenir un embarazo no deseado tras una relación coital no protegida.

La Sociedad Española de Anticoncepción afirma que: "La anticoncepción de emergencia es la segunda oportunidad de evitar un embarazo accidental, tras la oportunidad perdida de haber usado una anticoncepción adecuada"².

El uso de fármacos (estrógeno y progestágeno) para la IPC se inició hace más de treinta años, con las experiencias de Yuzpe, et al¹³.

En abril de 1995, expertos de todo el mundo se reunieron en Bellagio (Italia), con el fin de establecer líneas de investigación y recomendaciones, así como es-

trategias para mejorar la difusión y accesibilidad de la IPC.

La IPC tiene un índice de fracasos del 2-3%, si se realiza en las 72 h que siguen al coito. Este método NO tiene contraindicaciones, pero precisa de la indicación de un profesional. NO protege frente a ITS.

– Indicaciones:

- Uso incorrecto de otros métodos anticonceptivos.
- Rotura de preservativo.
- Coito no protegido.
- Uso de teratógenos potentes (citos-táticos, vacunas con virus vivos²).
- Violación.

– Hay que informar a la paciente de que:

- No previene el embarazo en todos los casos.
- Solo previene el embarazo del coito reciente (dentro de las 72 h previas), y no es eficaz para otras exposiciones.
- Puede provocar náuseas (30-66%) y vómitos (12-22%), por lo que se recomienda administrarlo junto a un antiemético².
- La siguiente regla puede aparecer en la fecha prevista, o adelantarse o retrasarse. Transcurrida una semana de la fecha esperada debe realizarse un test de embarazo.

Tabla V. Aspectos jurídicos en anticoncepción para menores de 18 años

Artículo 3 del Código Civil: "Las normas se interpretarán según el sentido propio de sus palabras, en relación con el contexto, los antecedentes históricos y legislativos, y la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas, atendiendo fundamentalmente al espíritu y finalidad de aquéllas".

Artículo 162 del Código Civil: "Los padres que ostentan la patria potestad tienen la responsabilidad legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo".

Jurídicamente se entiende que los derechos de la personalidad, además de inseparables de la persona, son intransmisibles.

Punto 8,32 de la resolución A3-0172/92 sobre una Carta Europea de Derechos del Niño: "El niño deberá ser protegido frente a las enfermedades sexuales. A tales efectos deberá proporcionarse la información oportuna. Igualmente deberá proporcionarse una educación en materia sexual y las atenciones médicas necesarias con inclusión de las medidas dirigidas al control de la natalidad, dentro del respeto de las convicciones religiosas y filosóficas".

En este contexto se define como niño a todo ser humano hasta la edad de 18 años.

- Si la historia clínica lo revela necesario, hay que ofrecer información sobre métodos anticonceptivos, ITS, y prácticas de sexo seguro.

Existen tres posibilidades para obtener una IPC:

6.8.3.1. Estrógeno más progestágeno.

Pauta de Yuzpe

Se administran dos comprimidos de AHO combinado, conteniendo 50 mcg de etinil-estradiol y 0,25 mg de levonorgestrel (NEOGYNONA® Y OVOPLEX®). Se repite la dosis a las 12 h⁵.

Dosis total (4 comprimidos): 200 mcg de EE y 1 mg de levonorgestrel.

– Fracasos: 3,2%.

En diciembre de 1995, la OMS añadió la pauta de Yuzpe a la lista de medicamentos esenciales¹³.

6.8.3.2. Progestágeno solo

Hasta 1997, la FDA no aceptó las primeras marcas de medicamentos para su uso en IPC¹³.

Existen en España, desde mayo de 2001, dos preparados comerciales: Postinor® Y Norlevo® ambos contienen 750 mg de levonorgestrel (PVP: 19,18 €/3.191 ptas.), no financiable por la Seguridad Social.

Estos preparados son más eficaces (tasa de embarazo 1,1%) y mejor tolerados que la pauta de Yuzpe^{5,13}.

Se administra un comprimido y se repite la dosis a las 12 h.

Dosis total (2 comprimidos): 1.500 mg levonorgestrel.

6.8.3.3. DIU medicado

Transcurridas más de 72 h y menos de

cinco días, puede considerarse la posibilidad de insertar un DIU medicado (levonorgestrel), método postcoital altamente eficaz, pero que plantea más riesgos en este grupo de edad^{7,9}.

Si falla la IPC, tanto con estro-progestágeno, como con DIU, la adolescente debe decidir sobre su embarazo, y si es menor de edad, deben ser informados quienes tengan su tutela.

6.9. Contracepción quirúrgica

Es un método anticonceptivo poco aceptable en la adolescencia, con indicaciones muy restringidas (enfermedades graves, disminuidos psíquicos, etc.) y es necesario obtener autorización judicial previa².

7. Anticoncepción en menores de 18 años. Aspectos jurídicos

La atención ginecológica a adolescentes menores de edad nos puede plantear algún problema legal, ya que no existen leyes claras y concretas al respecto.

Siempre deberemos actuar de acuerdo al espíritu de la ética médica y atender, en la medida de lo posible, las peticiones razonables de los adolescentes, apoyándonos en los artículos 3 y 162 del Código Civil y en el punto 8.32 de la resolución A 3-0172/92 sobre una Carta Europea de Derechos del Niño⁷ (Ver Tabla V).

Las principales actuaciones ginecológicas que nos pueden plantear algún problema legal son:

7.1. Anticoncepción e intercepción postcoital en menores de edad

Al ofertar anticoncepción a un menor de edad, se le puede y se le debe aconsejar que los padres o tutores legales tengan conocimiento de dicho tratamiento, pero NO es necesario el consentimiento de estos para instaurarlo debido a:

- Se trata de un procedimiento médico común.
- La toma de anticonceptivos es un acto relativo al derecho de la personalidad, y por tanto ejercitable por un menor, siempre que tenga suficiente madurez.
- Se puede considerar como una prueba adicional, el hecho de que no existen hasta el momento, sentencias desfavorables contra médicos por la indicación de anticoncepción en adolescentes menores de edad sin consentimiento expreso de sus padres.

El artículo 162 del código Civil excluye la representación de los padres para "los actos relativos a los derechos de la personalidad y otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo".

Esta excepción concede al menor de edad autonomía en lo referente a determinadas áreas íntimas de la personalidad, que en general se conocen con el nombre de "actos personalísimos", dentro de los cuales se encuentra la sexualidad. Por ello, cuando el menor goza de una suficiente madurez, no necesita de la representación de sus padres para tomar decisiones en el área sexual.

El problema radica en establecer a partir de qué edad se entra en la madurez. Podría abarcar el período comprendido entre los 12 y los 18 años². No podemos olvidar que en España la edad penal y laboral está establecida en 16 años. Dentro del margen de edad de 12 a 18 años habrá que juzgar en cada caso, el grado de madurez de la paciente. Está claro que el hecho de que una adolescente, que mantiene relaciones sexuales, solicite consejo anticoncepcional con el fin de evitar un embarazo no deseado, es signo evidente de madurez².

Existe una situación jurídica especial, que es el caso de la emancipación, que es un estado civil propio en un menor de edad que tiene "capacidad de obrar". El artículo 323 del Código Civil señala que "el emancipado quedará habilitado para regir su persona y bienes como si fuera mayor".

7.2. Inserción de un D.I.U.

La implantación de un D.I.U. está a caballo entre una actuación médica y una quirúrgica, por lo que no se puede hacer una afirmación categórica sobre la necesidad o no de consentimiento paterno².

7.3. Procedimientos quirúrgicos

Ante cualquier actividad quirúrgica (legrado por metrorragia, práctica de un aborto, técnica de diagnóstico prenatal, esterilización, etc.) es necesaria la autorización y firma de los poseedores de la patria potestad, y no es suficiente con el consentimiento escrito del menor, a no ser que esté emancipado.

Actitud ante la falta de consentimiento legal en el caso de que una menor de edad no emancipada solicite la realización de alguna técnica (p. ej. un aborto legal tras una violación o una amniocentesis genética) y sus padres nieguen el consentimiento paterno, la adolescente puede recurrir contra sus padres y solicitar el amparo judicial por abuso de patria potestad. Sin embargo, los procesos judiciales pueden ser largos, y en ocasiones no se dispone de ese tiempo. En estos casos, el médico debe actuar apoyándose en el artículo 23 del Código Deontológico español: "Cuando fuera menor de edad o incapacitado y resultase imposible o inoportuno obtener consentimiento

de su familia o representante legal, el médico podrá y deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional”².

7.4. Anticoncepción en disminuidas psíquicas

En el caso de que se solicite anticoncepción para una mujer, adolescente o no, con sus capacidades psíquicas disminuidas, será necesario el consentimiento de los padres o de su tutor legal².

Este caso no suele ser problemático, ya que habitualmente son los padres quienes lo solicitan.

7.5. Esterilización en disminuidos psíquicos

La oclusión tubárica bilateral en la mujer, o la vasectomía en el varón, en

el caso de un paciente con sus facultades psíquicas disminuidas debe ser realizada con autorización judicial y no es suficiente con la autorización paterna²

El trámite de la esterilización comienza con la declaración legal de incapacidad, y posteriormente la obtención del permiso por parte del juez.

En el caso de ser menor de edad, los padres continúan siendo sus representantes legales. Por ello, la autorización paterna posiblemente sí que sea suficiente para la realización de la técnica.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a Miguel A. Amorós Pina y M^a Isabel Domínguez Galiano, por su generosa colaboración.

Bibliografía

1. Cañete R. La sexualidad del adolescente. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. Sevilla: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria 2001; 686-95.
2. Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia. Zaragoza; Sociedad Española de Contracepción. En: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Edición patrocinada por Laboratorios Wyeth-Lederle 2001; 49-815.
3. Díaz-Gómez NM, Barroso A, Hernández C y

col. Sexualidad en la adolescencia. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 328-34.

4. Castellano G. Ginecología de la adolescencia. Pediatr Integral 2001; volumen extraordinario nº 4: 24.

5. Quintana R. Anticoncepción en la adolescencia. Ped Integral 2001; volumen extraordinario nº 4: 28-33.

6. Olliva A, Serra L y Vallejo R. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla 1993; 11-158.

7. Muñoz MT, Hidalgo MI, Rubio LA y col. Educación sexual y anticoncepción en la adolescente. En: *Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos básicos en Atención Primaria*. Madrid: Ed Ergon 2001; 389-96.

8. Parera N. Anticoncepción en la adolescencia: Ideas prácticas. *Medicina Integral de la Mujer* 2001. Nuevos Modelos de Salud. V Curso de Formación Continuada. Madrid, 20-22 de noviembre de 2001; 7-9.

9. González MP y Martín C. Anticoncepción en la adolescencia. En: *Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria*. Madrid: Ed Publi-med 2001; 833-41.

10. Neinstein LS. Contracepción. En: *Salud del Adolescente*. Barcelona: Ed Prous Editores 1991; 507-67.

11. Ricos G y Jiménez González R. Embarazo en la adolescente. En: *Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas*. Madrid: Ed Norma 1997; 1480-1.

12. Kreipe R y McAnarney E. Problemas relacionados con la sexualidad del adolescente. En: *Compendio de Pediatría Nelson*. Madrid: Ed McGraw-Hill 1999; 205-37.

13. Stevens-Simon C. Atención eficaz para la salud reproductiva y prescripción de anticonceptivos a adolescentes. *PIR* 1999; 20 (1): 25-33.

14. Ros R. Trastornos del ciclo menstrual. *Ped Integral* 2001; volumen extraordinario nº 4: 25-7.

15. Pérez AM, Fernández AI y Crespo M. Contracepción en la edad pediátrica. En: *Manual del Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas*. Madrid: Ed Norma 1997; 1482-4.

