

Atención ginecológica en la consulta pediátrica de atención primaria. Parte III

J.V. González Navarro

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario «Lozano-Blesa». Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2004;34: 9-12]

RESUMEN

Las alteraciones ginecológicas no solo aparecen en la edad adulta. Ya en las distintas edades del desarrollo, incluyendo la adolescencia, el pediatra de atención primaria debe reconocer las distintas malformaciones ginecológicas, lesiones y variantes de la normalidad. Para ello es necesario un perfecto conocimiento de la anatomía genital, sus alteraciones y principales formas de presentación, el tipo de exploración o prueba complementaria más adecuada para su diagnóstico, así como la pauta de actuación o tratamiento más apropiado. En esta tercera parte de la revisión se analizan las medidas de anticoncepción disponibles para las adolescentes.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo sexual, métodos anticonceptivos, adolescentes.

Gynecological attention in pediatric primary consultation. Part III

ABSTRACT

Gynecological alterations do not appear only in the adulthood. In every developmental stage, and also in adolescence, primary attention pediatrician doctors must recognize different gynecological malformations, dermatological injuries and usual variations of normality. To perform an appropriate diagnosis and specific treatment, it is necessary a good knowledge of genital anatomy, gynecological alterations and main clinical features at presentation, as well as methodology of genital exploration. In this third part of the review, contraceptive methods for adolescents are analyzed.

KEY WORDS

Sexual development, contraceptive methods, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales completas, entre nuestros jóvenes, es un hecho indiscutible. Es difícil establecer a que edad inician dichas relaciones, ya que los datos van a diferir en función del nivel socioeconómico, cultural o geográfico de la población que estudiemos, pero de cualquier forma, no es aventurado afirmar que al menos el 30% de nuestra población

adolescente inicia sus relaciones sexuales coitales antes de los 18 años. Como consecuencia de esta afirmación, es preciso poner a disposición de nuestros jóvenes los medios para que puedan desarrollar su sexualidad con naturalidad y responsabilidad, evitando efectos no deseados, como son el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, cuyas consecuencias pueden hipotecar el futuro académico, sanitario y personal de los jóvenes.

Correspondencia: José Vicente González Navarro.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario «Lozano-Blesa».

Avda. San Juan Bosco, n.º 15. 50009 Zaragoza.

Recibido en julio de 2003. Aceptado para su publicación en agosto de 2003.

Características de la sexualidad de los adolescentes

Las características específicas de los adolescentes, tanto desde el punto de vista psicológico, conductual o sexual hace necesario que sean tomadas en cuenta antes de establecer cualquier recomendación anticonceptiva.

Una peculiaridad que acompaña a los adolescentes, no solo en el ámbito de sus relaciones sexuales, sino en cualquier otra actividad que realicen es su inmadurez, no están acostumbrados a tomar decisiones, ni a valorar las posibles consecuencias de sus actos. Sienten una especie de invulnerabilidad, los accidentes les ocurren a otros, nunca a ellos mismos, ya sea en el terreno sexual, como en cualquier otra actividad. Es habitual el cambio frecuente de pareja, lo que supone que los adolescentes tengan una relativa promiscuidad, sobre todo si lo comparamos con los estándares ente la población adulta. Muchos jóvenes adolecen de una importante falta de información sexual, o lo que es aún peor, una información errónea, cuya principal fuente son otros adolescentes o publicaciones de dudoso rigor científico y educativo. Con mucha frecuencia sus relaciones sexuales son no programadas, lo que dificulta la disponibilidad de medios contraceptivos. La inexperiencia sexual, lógica en una actividad que inicia sus primeros pasos, dificulta en cierta manera el uso de algunos métodos anticonceptivos, que requieren un mayor adiestramiento. Los esfuerzos que se han llevado a cabo en cuanto a información sexual a nuestros jóvenes no se ha visto acompañado del establecimiento de las medidas oportunas para terminar con el difícil acceso a los métodos anticonceptivos.

Medidas para una anticoncepción eficaz en la adolescencia

La primera de estas medidas pasa necesariamente por hacer llegar a los jóvenes una correcta información, clara y sin tapujos, ajustada a su nivel de comprensión, y que abarque aspectos tanto sobre la conducta sexual como el conocimiento de los métodos anticonceptivos. No podemos olvidar que esta información, con independencia de la que luego se les ofrezca en los centros educativos, ha de iniciarse en el seno de la familia, por lo que quizás se deba empezar por "educar a los padres" sobre como adiestrar sexualmente a sus hijos.

La información sola no es suficiente, deberemos facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos. Dada la escasez de centros específicos para la atención de adolescentes, y el rechazo que en muchas ocasiones muestran los jóvenes a acudir a centros de adultos (temor a "ser descubiertos"), ha de ser el personal sanitario más cercano a ellos el que de alguna manera les tienda la mano para efectuar un adecuado consejo contraceptivo. Y por último, para poder orientar la elección del método anticonceptivo los facultativos debemos conocer las características de los diferentes métodos anticonceptivos.

Una premisa elemental a la hora de plantearse el consejo contraceptivo es que "no existe el método anticon-

ceptivo ideal", por lo tanto, también entre los adolescentes, la elección del método ha de ser el resultado de la valoración de una serie de circunstancias como son la edad, frecuencia de relaciones, tipo de relaciones, promiscuidad, posibles contraindicaciones, etc. Para facilitar esta decisión la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO] estableció cinco grupos de métodos anticonceptivos en función de la idoneidad de su uso por los adolescentes (Tabla 1).

Tabla 1. Selección anticonceptiva en la adolescencia (FIGO).

MÉTODOS	
PREFERENTES	-Preservativo -Anticonceptivo hormonal combinada
ACEPTABLES	-Diafragma -Espermicidas
MENOS ACEPTABLES	-Métodos naturales -DIU
EXCEPCIONALES	-Implante subdérmico -Ligadura de trompas

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Preservativo

El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes, es fácil de usar, barato y accesible. Además de evitar el embarazo, los preservativos tienen la gran ventaja de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Como inconveniente, algunos jóvenes adultecen que interrumpe la espontaneidad de las relaciones sexuales, aunque la principal desventaja de este método es el mayor número de fallos entre los adolescentes como consecuencia de mal uso.

Anticonceptivo hormonal combinada (Anovulatorios)

La mayor ventaja del uso de anovulatorios viene dada por ser uno de los métodos reversibles con mayor eficacia anticonceptiva, por lo menos desde el punto de vista teórico (índice de Pearl teórico de 0.5%). Pero son precisamente los adolescentes uno de los colectivos donde mayor número de fallos de uso se producen, generalmente por discontinuidad en su uso, (índice de Pearl real de hasta 3%).

Otra ventaja de la utilización de los anovulatorios es la de ofrecer cierta protección frente a la aparición de la enfermedad inflamatoria pélvica (uno de los mecanismos de acción de estas sustancias es el espesamiento del moco cervical, dificultando el ascenso de gérmenes hasta el aparato genital interno), siendo también muy útiles para mejorar algunos trastornos frecuentes entre las adolescentes como es el acné, la dismenorrea o las alteraciones menstruales.

Entre los inconvenientes para el uso de anovulatorios entre los adolescentes encontramos el temor a posibles efectos secundarios, que junto con la discontinuidad en su utilización condiciona un bajo cumplimiento y, por lo tanto, un mayor riesgo de fallos.

Elección de la usuaria. ¿A qué adolescentes podemos recomendar el uso de anovulatorios?

Las condiciones que debe cumplir una adolescente para poder iniciar el uso de anovulatorios, como método anti-conceptivo, son que tenga relaciones sexuales regulares, que haya transcurrido un mínimo de 12 a 18 meses desde la instauración de ciclos menstruales regulares, y por supuesto que no presenten contraindicaciones médicas al uso de estrógenos (antecedente familiar o personal de trombofilia, lupus, etc).

Respecto a los controles previos al inicio del uso de los anovulatorios, tan sólo es imprescindible la realización de una historia clínica que descarte la posible existencia de contraindicaciones médicas. A partir de ese momento se establecerán controles periódicos, en los que además de realizar aquellas exploraciones y/o analíticas de uso habitual en los estudios de salud propios de su edad, se aprovechará para resolver las dudas o problemas que le hayan podido surgir a la adolescente, así como para reforzar el correcto cumplimiento. A partir del inicio de las relaciones sexuales es el momento de comenzar la toma de las citologías cervicovaginales.

Elección del preparado

Hasta hace unos meses la única posibilidad de administración de anticoncepción hormonal combinada era la oral, la conocida "píldora", pero en este momento disponemos también de preparados para su administración vía vaginal.

1. Píldora

En principio recomendaremos el uso de una píldora de muy baja dosis estrogénica (Tabla 2), disponiendo en el mercado de dos posibilidades, los preparados con 15 ó 20 µg de etinilestradiol. Aunque parecería lógico recomendar el uso de los de menor dosis, estos preparados tienen algunos inconvenientes que nos hacen inclinarnos a recomendar como norma general los preparados de 20 µg. Estos inconvenientes son por un lado la alta frecuencia de manchados entre reglas que aparecen con los preparados de 15 µg, situación mal tolerada por las jóvenes, y por otro lado se especula sobre los riesgos de utilizar un preparado con excesiva baja dosis antes de alcanzar el pico de masa ósea.

En aquellas jóvenes que presentes síntomas de hiperandrogenismo (acné, vello, etc) severos, el preparado recomendado es una píldora que tenga un gestágeno con acción antiandrogénica (Diane®).

Tabla II. «Píldoras» de muy baja dosis.

<p>Con 15 µg de Etinilestradiol Minesse®, Melodene 15®</p>
<p>Con 20 µg de Etinilestradiol Loette®, Harmonet®, Meliane®, Suavuret®</p>

2. Anillo vaginal (NuVaring®)

Es un dispositivo plástico que lleva integrados tanto el estrógeno como el gestágeno, produciéndose el paso de ambos al torrente circulatorio tras su absorción por la mucosa vaginal. Las indicaciones para su uso son las mismas que las de la píldora, aportando como ventajas su discreción y evitar olvidos.

3. Parches transdérmicos (Evra®)

Se trata de otro sistema de liberación continuada tanto de estrógenos como de gestágeno, produciéndose la incorporación del combinado hormonal a través de la absorción cutánea. Al igual que el anillo vaginal, las indicaciones para su uso son las mismas que las de la píldora, aportando también como ventajas su discreción y evitar olvidos.

El uso de la píldora puede no ser suficiente para evitar todas las consecuencias no deseadas de las relaciones sexuales, evitará el embarazo, pero no las enfermedades de transmisión sexual (ETS), por lo tanto a colectivos de especial riesgo, como son los adolescentes es conveniente recomendar el uso simultáneo de **anovulatorios y preservativo** para evitar tanto la gestación como las ETS.

Anticonceptivos de urgencia, poscoital, intercepción o píldora del día siguiente

La anticoncepción de urgencia representa una segunda oportunidad para evitar el embarazo tras unas relaciones sexuales en las que no se ha usado ningún método anti-conceptivo, o en caso de fallo del método utilizado (p.ej. rotura del preservativo). El tiempo máximo de aplicación es en las 72 horas posteriores al coito sin protección anti-conceptiva, siendo más eficaz cuanto menor tiempo haya transcurrido.

El clásico método de Yuzpe en el que se utilizaba una combinación con estrógenos y gestágenos a grandes dosis, ha sido desplazado por la aparición de un preparado específico para este uso, administrándose 1500 µg de levonorgestrel (Postinor®, Norlevo®) en dos tomas separadas por 12 horas, prácticamente carente de efectos secundarios.

La recomendación del uso de métodos anticonceptivos hormonales y especialmente la dispensación de la «píldora del día siguiente» a adolescentes menores de edad, sin el conocimiento por parte de sus padres, siem-

pre a sido un motivo de preocupación entre los encargados de dispensar dicha anticoncepción. A este respecto hay que considerar que el Código Civil en su artículo 162 establece como excepción a la ostentación de la patria potestad de los padres respecto a sus hijos menores no emancipados, los siguientes supuestos:

1.- Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, puede realizar por sí mismo.

2.- Aquellos en que exista conflicto de intereses entre padres y el hijo.

En consecuencia a este articulado debe entenderse la dispensación de la píldora del día siguiente como una excepción a la representación legal de los hijos menores de edad no emancipados.

Así mismo la Ley de Protección Jurídica del Menor dispone: «En la aplicación de la presente Ley primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir...»

Por lo tanto el acceso de los menores a esta prestación sanitaria, por sí solos y sin necesidad de autorización de los representantes legales, se constriñe a lo que la doctrina y jurisprudencia viene denominando como «minoría madura», quedando en manos del facultativo la valoración de la capacidad de la menor que solicita anticoncepción poscoital. La dificultad para la aplicación de este concepto, es que no existía una forma concreta de determinación de lo que debe entenderse por «menor maduro». La promulgación y entrada en vigor de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes permite una mejor delimitación de las obligaciones de los profesionales sanitarios en esta materia. En esta ley, el legislador entiende que el umbral de la «minoría madura» comienza a los doce años cumplidos, de tal forma que, en edades inferiores a los doce años cumplidos, la información y la prestación del consentimiento debería siempre ser recibida y otorgada por el representante legal del menor o, en su defecto, por las personas vinculadas familiarmente o de hecho con el mismo.

En caso de que la paciente tenga dieciséis años cumplidos o se halle emancipado, no cabe prestar el consen-

timiento por representación, el cual será prestado por el menor. Si la paciente es mayor de doce años, pero menor de dieciséis y cuenta, a juicio del facultativo, con capacidad suficiente para comprender el alcance de la intervención, nos encontraríamos con el verdadero caso del «menor maduro», en el cual, tanto la recepción de la información como el otorgamiento del consentimiento deberían ser llevados a cabo por el propio menor maduro. La principal excepción a todos estos supuestos, es la circunstancia de que nos encontremos con menores incapacitados física, intelectual o emocionalmente, en cuyo caso el consentimiento lo deberá ofrecer su representante legal.

Otros métodos anticonceptivos

Tal y como queda reflejado en los consejos de la FIGO, hay una serie de métodos anticonceptivos, que son de utilidad entre parejas de adultos, pero que han demostrado poca idoneidad entre los adolescentes (diafragma, espermicidas, métodos naturales, DIU), por lo que no profundizaremos en su descripción.

Anticonceptivos en situaciones especiales

La más frecuente de este tipo de situaciones se produce cuando los padres de un adolescente deficiente solicitan la realización de un método anticonceptivo irreversible (ligadura de trompas o vasectomía). En este sentido es importante conocer que la indicación de su realización no la pueden establecer ni los padres, ni el médico, sino que ha de ser realizada por indicación judicial, previamente solicitada por los padres o persona que tenga la patria potestad sobre el joven.

Otra solución en estas situaciones, bien de manera indefinida o temporalmente mientras se realizan los trámites judiciales, es la utilización de un implante subdérmico con gestágeno (etonogestrel -Implanon®). Se trata de la colocación debajo de la piel de un sistema de liberación controlada hormonal que impide la ovulación, y por lo tanto el embarazo. Es el método de mayor eficacia anticonceptiva de los utilizados actualmente, y con una muy baja tasa de efectos secundarios (deficiente control del ciclo), por lo que puede ser de utilidad en estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

—Álvarez D. «Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después». Barcelona: Ediciones Pulso; 2002.

—Sociedad Española de Contracepción. «Manual de anticoncepción hormonal oral». Zaragoza, 1997.

—Calaf Alsina J. «Manual básico de contracepción». Barcelona: Masson; 1997.

—Doval Conde J. L. «Protocolos de Obstetricia y Ginecología para Atención Primaria». Madrid: Aula Médica; 1999.

—Sánchez Borrego R. «Guía práctica en anticoncepción oral». Madrid: Emisa; 2003.

—Sociedad Española de Contracepción. «Conferencia de Consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales». Madrid: Aula Médica; 2000.

—De Lorenzo, Montero R. «Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Especialistas en Ginecología y Obstetricia». Madrid: Saned; 2003.