

Anticoncepción en la adolescencia

Dr. Rodolfo Islas Cortés*
Dr. Roberto Uribe Elías**
Dr. Juan José Calderón S.***

Introducción

La necesidad de hacer una planificación familiar por razones socioeconómicas o médicas ha originado en todo el mundo la investigación de métodos para regular la fertilidad.

El aumento de la población ha sido motivo de inquietud, desde la época en que aparecieron las publicaciones de Robert Malthus sobre el principio de la población, cuya idea fundamental era que la producción de alimentos sería siempre inferior al aumento de los seres humanos.

Actualmente la población mundial es de 4000 millones. En Norteamérica, Europa Oriental y Occidental así como en Japón y la URSS, las tasas de crecimiento están disminuyendo gradualmente y se espera que en un par de generaciones la población de esa época, 30 ó 50 veces por ciento mayor que la de hoy, sea estable. Pero en el sudeste de Asia, Africa y Latinoamérica la población está creciendo en una proporción que se duplicará cada 25 años aproximadamente. Si tal crecimiento continúa sin ser detenido por guerras, hambre o enfermedades, las partes subdesarrolladas del mundo que ahora tienen una población de 2500 millones van a tener 40,000 millones de personas en un siglo. En todo el mundo, los ricos se están haciendo más ricos y los pobres están haciendo más hijos.

Desde el punto de vista médico, la limitación temporal o definitiva de los embarazos

en un paciente determinada, es una necesidad que nace del conocimiento exacto del estado de salud de la madre tanto físico como mental, y de las repercusiones que el embarazo pueda tener sobre la evolución de algún padecimiento, o bien de las posibilidades de obtener al nacimiento un hijo normal. Tales punto de vista son valideros ampliamente cuando la paciente es una joven-cita adolescente.

Aspectos psicosociales de la anticoncepción en la adolescencia

El uso de anticonceptivos en la adolescente ha sido un tema de mucha discusión porque algunos autores arguyen que el prescribir anticonceptivos en ésta edad aumenta la promiscuidad, pero otros que son la mayoría opinamos que hay que evitar el embarazo no deseado que por otro lado es de alto riesgo tanto para la madre como para el futuro hijo.

Una coalición siniestra de relajamiento de la moral y de fomento comercial de las inclinaciones sexuales de la juventud, ha producido un estallido de relaciones sexuales entre adolescentes, que además de aumentar la frecuencia de coito ha disminuido la edad de la primera experiencia, de manera que el coito en pre-adolescentes ya nada tiene de raro.

Analizando la literatura se pone de manifiesto el alto peligro que el embarazo representa para la adolescente, así como sus complicaciones que son básicamente desde dos puntos de vista, el obstétrico y el psicosocial.

Las mayores complicaciones que se presentan desde el punto de vista obstétrico referidas en la literatura son: la toxemia, anemia, desproporción cefalopélvica, aumento de la prematurez, mortalidad perina-

* Ginecoobstetra del Hosp. de Ginecoobstetricia No. 4 IMSS.

** Prof. de Ginecoobstetricia. U.N.A.M.

*** Residente Hosp. de México.

tal importante, así como el aumento en frecuencia de problemas neurológicos en los productos de las adolescentes menores de 15 años y como complicación que merece la atención en forma importante es el aborto inducido que produce cuando menos el 25 por ciento de la mortalidad materna debido a sus complicaciones; ya que es el camino que en su gran mayoría las adolescentes siguen para evitar el embarazo no deseado.

Desde el punto de vista psicosocial observamos que la adolescente que se embaraza en su gran mayoría no completa su educación ya que tienen que abandonar la escuela y no es raro, que la madre adolescente deprimida, derrotada y dependiente de los demás esté mal preparada para enfrentarse a las exigencias de la vida familiar y en particular a las responsabilidades de la maternidad.

En algunas otras ocasiones al saberse embarazadas contraen matrimonio, y lo más frecuente es que se divorcien al poco tiempo, y cuando siguen solteras a menudo se ven atrapadas en un ciclo de autodestrucción que consiste en incapacidad para continuar la educación, depender de otras personas para su sostén, incapacidad para crear una vida familiar estable y por otro lado y es lo más frecuente que suceda es que tengan embarazos repetidos.

Por lo antes mencionado es muy importante señalar la gran necesidad que tienen estas jóvenes de una orientación, así como conocer y llevar a cabo métodos anticonceptivos.

Recientemente se han formado en los Estados Unidos Clínicas con programas para la adolescente sexualmente activa. Los programas están destinados a cubrir una necesidad real de la comunidad; incluyen un

conjunto de cuidados médicos, dentales y psiquiátricos. Se consideran que son muy necesarios, dado el abandono médico tradicional de la adolescente, que se considera que ya es demasiado grande para ir al pediatra y demasiado joven para acudir al ginecólogo. Los resultados de la educación sexual que estas clínicas aportan para la adolescente embarazada o sexualmente activa son halagadores, y las estadísticas reportan una disminución muy significativa de repetición de embarazos.

En nuestro medio se está adquiriendo experiencia en las clínicas de orientación para la adolescencia (CORA), donde se proporciona educación sexual que unida a la que se inicia en las escuelas, en un futuro no muy lejano se podrán alcanzar grandes grupos de adolescentes quienes al tener mejor concepto y conocimiento de los aspectos psíquicos y físicos de la sexualidad humana, tendrán ante el sexo una actitud más responsable.

Este grupo de adolescentes como puede verse, necesitan además de un consejo de anticoncepción, una educación sexual bien orientada. Como propone Cade la educación sexual debe formar una parte importante no solamente en la formación académica del médico sino también de maestros, padres de familia, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, que juntos irán transformando las ideas erróneas que en el adolescente están produciendo el bombardeo constante de genitalidad que la T.V., el radio, el cine, la prensa, etc. generan, a través de su programación comercializada.

En un estudio practicado en el estado de California, a estudiantes universitarias adolescentes, se encontró que el 89 por ciento de las mismas tuvieron la primera relación sexual sin haberla premeditado. De estas el

60 por ciento no utilizó ningún método anticonceptivo. Encontrándose en este mismo grupo que menos del 3 por ciento de las mujeres estaban protegidas por la "píldora" durante su primer coito. Este estudio demuestra que aun con escolaridad universitaria, la adolescente no tiene una orientación sexual adecuada.

Según Minkler las adolescentes deben dividirse para su orientación sexual y consejo de anticoncepción en dos grandes grupos:

1. Adolescentes solteras sexualmente activas.
2. Adolescentes en el post parto.

La mayoría de las jóvenes caen dentro de la categoría de adolescente soltera sexualmente activa, quienes atribuyen el embarazo e ignorancia o desconocen casi por completo los métodos anticonceptivos, y todavía más a este grupo pertenecen las jovencitas con problemas familiares.

El consejo de contracepción debe darse siempre en un ambiente que sea de respaldo hacia los derechos del individuo y de sus propias creencias. Debe asegurarse la privacidad y la confidencia. La solicitud de un consejo de contracepción dá una oportunidad muy valiosa para tratar de conocer la problemática de la paciente y en lo posible poder resolverla o cuando menos darle orientación.

Pasando al segundo grupo de adolescente de la división que hace Minkler o sea de la adolescente en el post parto, la orientación no solo será en el aspecto sexual sino también en lo que respecta a la maternidad, y el control anticonceptivo no varia del que se puede ofrecer al grupo de pacientes adultas en general.

Algunos médicos creen que al permitir los anticonceptivos a este grupo de jóvenes se hacen participantes de alguna manera de la irresponsabilidad sexual y promueven la promiscuidad, sin embargo creemos que la influencia del conocimiento de la contracepción en la sexualidad premarital es definitivamente un factor positivo, para una actitud responsable hacia el embarazo.

La experiencia de proveer de métodos anticonceptivos a éste grupo, demuestra que a las adolescentes que se les da la oportunidad de protección contra un embarazo no deseado, a menudo no necesitan contracepción una vez que hayan tenido la oportunidad de crecimiento emocional y de auto-estimación.

En resumen podría decirse de acuerdo al criterio emitido por la junta ejecutiva del Colegio de Ginecoobstetricia Norte Americano que

"Un embarazo no ha de ser el precio que paga una adolescente para conocer los métodos anticoncepcionales".

Indicaciones de los anticonceptivos en la adolescencia

La elección del método anticonceptivo a utilizar, debe reunir varios criterios para ser el ideal:

1. seguro
2. inocuo
3. fácil de obtener
4. bajo costo
5. aceptable

Siendo ésta última condición un término que engloba tres elementos: facilidad de aplicación, conservación de la eupareunia y conformidad con los principios morales y religiosos de la pareja así como con su estructura psíquica.

Hasta el momento actual no conocemos que se haya encontrado el método ideal, pues en todos se puede reconocer convenientes o inconvenientes. No obstante algunos parecen mejores que otros, y a continuación se revisarán los más utilizados o discutidos, agrupándolos de la manera siguiente:

1. Hormonales
2. mecánicos
3. químicos o de barrera
4. ritmo
5. coitus interruptus
6. aborto ????

Hormonales. Se vienen utilizando desde que Pincus en 1955 logra la síntesis de los progestágenos con su acción anovulatoria; entre ellos se encuentran los métodos más efectivos para regularizar la fertilidad, ya que se puede obtener seguridad clínica hasta del 99 por ciento.

En la adolescencia existen diferentes formas de administración de dichos hormonales, y son las siguientes:

- a. combinados (microdosis)
- b. secuenciales
- c. continuos (microdosis)
- d. tableta postcoital
- e. dosis única mensual (oral)
- f. dosis única mensual (parenteral)
- g. dosis trimestral (parenteral)

Combinados o simultáneos. Este tipo de anticonceptivos se presenta en cajas con 21 tabletas cada una de las cuales lleva el estrógeno y el progestágeno. Todos los existentes emplean el etinilestradiol asociado a un progestágeno.

Ejercen su efecto modificando la producción de hormona foliculoestimulante y hormona luteinizante, lo que inhibe el desarrollo folicular y da lugar a ciclos anovulatorios. Aumenta la viscosidad del moco cervical con lo que se bloquea el paso de los espermatozoides; inducen cambios secretorios tempranos del endometrio impidiendo la implantación del huevo, en caso de haberse producido la ovulación.

Dan el más alto grado de seguridad ya que favorecen la anticoncepción a diferentes niveles y son los más indicados de los hormonales en la paciente adolescente. Su índice de efectividad llega hasta el 99 por ciento.

Secuenciales. Fueron creados sobre la base de aprovechar el efecto anovulatorio del estrógeno y de adicionarle el progestágeno en la segunda parte del tratamiento, para transformar el endometrio y producir sangrado por privación de una manera similar al ciclo menstrual normal.

La mayor parte de ellos constan de 21

tabletas pero la combinación varía mucho ya que pueden ser 14 días de comprimidos de estrógeno y los 7 últimos días de estrógeno y progestágeno o bien 11 días de comprimidos de estrógeno y 10 de estrógeno y progestágeno, etc.

Por lo que respecta a los componentes y a las dosis, todos contienen mestranol en cantidades variables que son de 50, 75, 80 y 100 microgramos. Los progestágenos empleados son: noretindrona (1 y 2 mg) Linestranol (2.5 mg) y clormadinona (1 y 2 mg). Se toman a partir del 5o. día de inicio del sangrado hasta terminar todos los comprimidos, y luego hay que esperar el nuevo sangrado por supresión y reiniciarlo igual. Su acción anovulatoria se realiza por una baja parcial de la acción de la H.F.E.

El margen de efectividad que tienen estos anticonceptivos es de 96 a 98 por ciento, por lo que su uso en las adolescentes no se recomienda, ya que no ofrecen ventajas sobre los combinados de microdosis, salvo en aquellos casos en que la paciente presentara sangrados intermenstruales por baja dosis del estrógeno que contiene la microdosis.

Continuo (microdosis). Consiste en el uso ininterrumpido de microdosis de un progestágeno desde el primer día del ciclo. Este método no inhibe la ovulación sino que actúa sobre el moco cervical aumentando su viscosidad y por lo tanto modificando la capacitación espermática, y el progestágeno más usado es la noretindrona a razón de 350 mcg.

Se supone que la terapéutica continua con dosis bajas de noretindrona no afecta el endometrio, sin embargo se ha observado que no siempre sucede esto y es por lo que producen sangrados intermenstruales importantes, teniendo un índice de efectividad del 94 al 96 por ciento, estas dos últimas razones descartan su indicación en la adolescente que de por sí viene presentando una gran mayoría de ciclos irregulares.

Tableta postcoital. Consiste en la administración de altas dosis de estrógenos, como

el dietilestilbestrol a dosis de 1, 5 y 25 mg en las 24 a 36 hs. siguientes al coito, continuándose su administración por los siguientes 4 a 5 días, obteniéndose protección importante para impedir el embarazo; sólo que su uso debe ser muy ocasional ya que se tienen reportes del uso de éste tipo de estrógeno así como de estas dosis y usadas en forma frecuente de ser productor de Ca de vagina en las generaciones posteriores a la que lo usó.

Dosis única mensual (oral). Consiste en la ingestión cada 4 semanas de una cápsula que contiene estrógeno de acción prolongada, como es el Quinestrol, en ocasiones se asocia con un progestágeno de acción rápida. En éste producto se busca que el estrógeno liberado solo inhiba la ovulación y prolifere el endometrio, mientras que el progestágeno simplemente lo transforma y permite la descamación. Su efectividad como anticonceptivo deja mucho que desear por lo que algunos autores piensan que debe desaparecer del mercado, su uso en la adolescente no está indicado.

Dosis única mensual (parenteral). Consiste en la aplicación intramuscular de una ampollita que contiene 150 mg de dihidroxiprogesterona y 10 mg de enantato de estradiol que se liberan lenta y simultáneamente. Los sangrados intermenstruales que en ocasiones provocan dejan de justificarlo como el anticonceptivo adecuado para las adolescentes. Su efectividad llega a ser hasta del 98-99 por ciento.

Dosis trimestral parenteral. Consiste en la aplicación de un progestágeno de acción prolongada como es la medroxiprogesterona a razón de 150 mg, o bien derivados de los 19 nor, *que nunca deben ser usados en la adolescente* ya que, como reacciones secundarias importantes encontramos a parte de los ciclos cortos irregulares, amenorreas importantes que en ocasiones son secundarias a aplasias de endometrio y con la consiguiente esterilidad secundaria.

Mecánicos. Dentro de este grupo encontramos los DIU, los preservativos o condón, los diafragmas y capuchones cervicales.

Los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo han tomado tal desarrollo que han asumido en la población adulta un carácter prominente entre los métodos de planificación familiar, teniendo sus limitaciones en las jóvenes adolescentes.

Actualmente se cuenta con dos tipos: Los no medicados y medicados o activos o de la segunda generación como también se les conoce. Entre los primeros se encuentra el asa de Lippes, el asa de Margüelles, el Dalkon, etc.; y entre los medicados que son a los que se les asocia cobre o progesterona, encontramos el 7 de cobre o Gravingard, el progestacert, la T de cobre 200 y 300; todos estos fabricados con plástico y adicionados de bario que los vuelve radioopacos lo que favorece su localización.

El mecanismo de acción no está bien dilucidado pero parece evidente que el D.I.U. dá lugar a un proceso inflamatorio del endometrio que le crea un ambiente hostil a los espermatozoides, o bien que reduce la posibilidad de que el huevo se implante. Se ha aducido también que la existencia de grandes macrófagos alrededor del dispositivo favorecen la fagocitosis de los espermatozoides y aún del blastocisto. La adición de metales como el cobre favorece la eliminación de los espermatozoides impidiendo su capacitación ya que modifica las características del moco cervical.

El uso de estos dispositivos en la adolescente no es recomendable de primera intención ya que produce fenómenos secundarios importantes como son: dolor, inflamación pélvica, expulsiones, perforaciones en el momento de su aplicación, sangrados menstruales abundantes así como irregularidades en el ciclo.

Todos los fenómenos mencionados están dados en su gran mayoría por el tamaño del dispositivo y la dificultad en el momento de su inserción, ya que son cervix formados, cerrados y muy difíciles de dilatar. Si a

esto se agrega el que tienen una efectividad del 96 al 97 por ciento hacen que la indicación en la adolescencia no sea siempre la más adecuada.

Preservativos. El condón ha sido probablemente el anticonceptivo más usado en el mundo, generalmente se aprende su uso por uno mismo, es muy efectivo barato y fácil de obtener, sin embargo muchas jóvenes declinan su uso porque interfiere con la satisfacción sexual completa ya que disminuye la sensación de contacto, refiriendo que es una barrera contra el placer sexual o bien por que lo asocian como método de prevención de enfermedades venéreas, y algunas otras mujeres refieren sentirse manipuladas sin el beneficio de un contacto integral. Para que su efectividad sea elevada se necesita que la adolescente sepa manejarlo, ya que el preservativo debe ser puesto cuando el pene está en erección y salirse de la vagina antes de que se ponga flaccido, ya que sino se corre el riesgo de derramar el eyaculado dentro de los genitales de la mujer y con esto favorecer las posibilidades de embarazo.

Es un método que se recomienda ampliamente en la adolescente que tiene relaciones esporádicas, haciendo hincapié en las instrucciones que debe seguir para que su efectividad llegue a ser del 99 por ciento. En ocasiones debe asociarse con un espermaticida que a la vez le sirve de lubricante. Este método también permite que el hombre comparta la responsabilidad del control de la fertilidad.

Diafragmas y capuchones. En nuestro medio prácticamente no son usados no solamente en la adolescente sino en la mujer adulta ya que su uso resulta desagradable debido a las maniobras de colocación, además de que tiene un menor índice de efectividad y su aplicación en muchas ocasiones requiere de personal adiestrado.

Métodos químicos o de barrera. Dentro de éste grupo encontramos las jaleas, óvulos

y espumas que tienden a impedir la fecundación a través de principios activos como los derivados mercuriales y del amonio, ácido bórico y láctico, etc. que funcionan como espermaticidas y oponen una barrera que evita se pongan en contacto los gametos. La eficacia anticonceptiva de estos métodos varía entre el 86 y 88 por ciento. Se recomienda frecuentemente su uso en la adolescente que tiene relaciones esporádicas o bien para que le sirva de apoyo a otros métodos anticonceptivos (hormonales, DIU, preservativos, etc.).

Es el método más usado por las adolescentes siendo también los que más fallas tienen, ya que son manejados en su gran mayoría sin las indicaciones adecuadas.

Ritmo. Es el control de la concepción sin emplear ninguna sustancia extraña o algún otro elemento.

Dicho método ha tenido gran aceptación, sobre todo en algunas esferas religiosas que consideran que de esa manera se sigue simplemente un "patrón" natural. La base del método se funda en el conocimiento de que la ovulación ocurre alrededor de 14 días antes del sangrado menstrual siguiente, así como de considerar el tiempo que se conservan la vida del óvulo y el espermatozoide. Tomando en cuenta ambos factores se infiere que entre el día 11 y el día 18 previo al inicio del próximo ciclo menstrual existen posibilidades de embarazo. Índice de seguridad del 50 por ciento.

El método no debe ser recomendado en las adolescentes ya que sus ciclos son irregulares y por lo tanto la fecha de ovulación no tiene un patrón definitivo, además de que la abstinencia periódica en las adolescentes es poco práctica ya que tienden a la búsqueda en forma inesperada y en cualquier momento, del placer sexual.

Coitus interruptus. Consiste en depositar el semen fuera de los conductos femeninos. Por tratarse de una eyaculación fuera de la vagina hace que la actividad sexual sea

frustrante. Su principal falla en las adolescentes es su poca madurez e irresponsabilidad ya que durante el momento del climax orgástico el hombre decide no separarse. Por otro lado se dice que puede ocurrir la expulsión de espermatozoides en la vagina antes de la eyaculación principal. Los índices de efectividad van del 70 al 75 por ciento.

El médico debe motivar a la pareja como en el caso del método del ritmo para que utilice una alternativa más eficaz.

Aborto. Se menciona únicamente ya que en algunos países está considerado como método anticonceptivo de planificación familiar. Definitivamente nosotros no estamos de acuerdo con su uso ya que no es un método anticonceptivo sino que es un método que destruye la concepción y que no está libre de morbilidad elevada, aún en los lugares en los que su práctica se realiza en forma legal y con los medios adecuados.

Resumen. Como hemos visto la elección de un método anticonceptivo para las jovencitas no es asunto sencillo, sin embargo, el interés principal del médico debe ser la selección del método más eficaz así como la individualización de estas jovencitas. Debido a las pocas estadísticas en nuestro medio del uso a largo plazo de los anticonceptivos orales en ésta edad, se recomienda usar la microdosis de combinados de estrógenos y progestágenos. La razón es que el efecto bloqueador al sistema hipotálamo hipofisario es menor en estas pacientes en quien se inicia la madurez sexual neuroendócrina.

Cuando estos anticonceptivos sean prescritos en pacientes que esten en época de crecimiento, se deben solicitar estudios radiológicos con la finalidad de determinar el desarrollo óseo cronológico.

El uso del DIU en principio no debe ser el método que se use en adolescentes a no ser que los hormonales orales esten contraindicados o bien después de un parto o de un aborto.

Los métodos de barrera quedarían disponibles como método de apoyo a otro tipo de anticoncepción o bien en aquellas pacientes que tienen relaciones sexuales esporádicas y dentro de estos se encuentran jaleas, óvulos y espumas, que siendo en su gran mayoría inocuos son menos eficaces.

Por lo antes mencionado vemos que la individualización para la selección de los métodos anticonceptivos en la adolescente es algo de lo más importante. □

Bibliografía

1. Aznar, R.R.: Métodos de regulación de la fertilidad en la mujer. Eficacia clínica. Ginec. Obstet. Mex. 3689, 1974.
2. Battaglia, F.C.: Obstetric and Pediatric. Complications of juvenil pregnancy. Pediatrics 32: 902, 1963.
3. Cade, J.D. y Jessee, W.F.: Sex education in american medical schools. J. med. 46: 64, 1971.
4. Derbez, J.: Planeación familiar, aspectos psicológicos actualidades médicas y quirúrgicas. Acad. Nal. Med. México, D.F. 1967.
5. Finkelstein, R.: Programa para la adolescente sexualmente activa. Pediat. Clin. N. Am. 19: 791, 1972.
6. Howard, M.: Comprehensive community programs for the pregnant teen ager. Clin. Obstet. Gynecol 14: 473, 1971.
7. Marinoff, S.C.: Contracepción en adolescentes. Pediat. Clin. N. Am. 19: 811, 1972.
8. Melincaw, M.M. Proper aproach to intersexuality in infants and children Med. aspects. Human Sexuality 5: 24, 1971.
9. Minkler, D.H.: Fertility regulation for teen-ager. Clin. Obstet. Gynec. 14: 420, 1971.
10. Palmer, R.: La contracepción. Massan Ed. París 1963.
11. Reiss, I.H.: The influence of contraception knowledge on premarital sexuality. Med. aspects human sexuality 4: 71, 1970.
12. Schneider, J.: Obstetric problems of illegitimate pregnancy. Obstet. and Gynec. 32: 408, 1968.
13. Uribe, E.R.: Métodos anticonceptivos. Rev. Fac. Med. Mex. 17-34, 1979.