

Asesoramiento anticonceptivo

– cómo elegir el método más adecuado –

Dr. Gerardo Vitureira Liard

Especialista en Ginecología

Ex-Profesor Adjunto Clínica Ginecología B,
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, UdelaR
Montevideo, Uruguay



Resumen. En los últimos años el avance a nivel mundial de los derechos sexuales y reproductivos ha impactado notoriamente en el ejercicio de la profesión, y la anticoncepción no ha sido la excepción.

El enfocarse desde una visión de derechos, nos lleva a repensar nuestro rol en la práctica clínica en esta materia. Fortalecer el asesoramiento integral sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles y no meramente la prescripción de los mismos, se transforma hoy en un imperativo que nos debe convocar.

En este artículo propongo compartir las diferentes recomendaciones prácticas de la literatura en materia de anticoncepción y delinear conceptos que ayuden a los profesionales a un asesoramiento de la evidencia científica existente de cada uno de los métodos frecuentemente utilizados, con un enfoque desde los derechos de la mujer.

Abstract. In recent years, the worldwide advance of sexual and reproductive rights has had a notable impact on the exercise of the profession; contraception has not been the exception.

Focusing from a rights perspective, leads us to rethink our role in clinical practice in this area. Strengthening comprehensive advice on the different contraceptive methods available and not merely prescribing them, becomes today an imperative that should convene us.

In this article we propose to share the different practical recommendations of the literature on contraception and outline concepts that help professionals to advice on the existing scientific evidence of each of the frequently used methods, with a focus on women's rights.

Palabras clave: anticoncepción, asesoramiento anticonceptivo, derechos sexuales y reproductivos.

Key words: contraception, contraception advice, sexual and reproductive rights.

Introducción

Como profesionales proveedores de servicios de salud, tenemos un papel importante en brindar información y dar apoyo a la toma de decisiones de los pacientes sobre los métodos anticonceptivos a través del asesoramiento. Por ende, un primer punto importante, es reconocer que la elección de un método anticonceptivo es una decisión compleja.

Como previamente enunciamos, uno de los objetivos de este trabajo es revisar conceptos sobre el **asesoramiento anticonceptivo de calidad**, contemplando los diferentes enfoques del mismo y su relación con la equidad en salud, y proponer una guía, de tantas, para brindar asesoramiento centrado en la usuaria.

Si bien el asesoramiento en anticoncepción, se enmarca en la planificación familiar y está diseñado

para ayudar a las personas a alcanzar sus objetivos reproductivos y prevenir el embarazo inoportuno, este no en todos los casos es el deseo primordial de los individuos que buscan un asesoramiento, como luego veremos.

Cabe aclarar, por un lado, que usaremos el término "mujeres" para describir a las usuarias que usan métodos anticonceptivos femeninos, sabiendo que no todas las personas capaces de lograr un embarazo se identifican como mujeres.

Por otro lado, no haremos mención en esta oportunidad a las necesidades específicas de asesoramiento de los hombres transgénero.

El asesoramiento

A manera de esquema existen dos situaciones en la asistencia de las mujeres en lo referente a anticoncepción, por un lado aquella **usuaria** que solicita

información de manera espontánea y por el otro la acción proactiva del **proveedor de salud** de explorar este aspecto. De aquí se desprende uno de los principales conceptos en asesoramiento, el cual debe ser **personalizado**.

Por otro lado, como luego veremos, la elección del método definitivo es una **decisión compartida** entre el asesoramiento del punto de vista profesional y las preferencias de las usuarias⁽¹⁻³⁾. Este enfoque, se considera un modelo ideal para decisiones que son sensibles a las preferencias que toman en cuenta los valores y necesidades individuales, y que además está diseñado para ayudar a los pacientes a tomar la mejor decisión por sí mismos^(4,5).

En este modelo de asesoramiento de la toma de decisiones compartidas, los pacientes son reconocidos por sus preferencias, mientras que los proveedores aportan su conocimiento médico sobre las diferentes opciones. Esto busca respetar la autonomía del paciente y toma en cuenta la diversidad de preferencias por las características de cada método anticonceptivo, mientras que, al mismo tiempo, se ofrece apoyo a los pacientes para alinear sus preferencias con las opciones disponibles. Este tipo de intervenciones que promueven la toma de decisiones compartidas, ha demostrado que mejora la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas consistentes con sus valores e indirectamente aumenta el conocimiento del método elegido⁽⁶⁾. La evidencia existente en la aplicación de este modelo en asesoramiento en anticoncepción, ha encontrado un **índice de satisfacción mayor de las usuarias cuando experimentan una toma de decisiones compartida**⁽⁷⁾.

Al decir de la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos (EE.UU.), la asesoría personalizada centrada en la paciente debe brindar una atención respetuosa y receptiva tomando en cuenta preferencias, necesidades y valores de las pacientes⁽⁸⁾. Este tipo de abordaje más allá de lo innegable del valor ético de la conducta⁽⁹⁾, crea estructuras de relacionamiento entre el equipo de salud y las usuarias y fortalece conceptos culturales en salud en ella misma, que tiene impacto en políticas a largo plazo. Existen estudios que demuestran que **recibir asesoramiento anticonceptivo centrado en el paciente y en las preferencias individuales se asocia con la continuación de dicho método libremente elegido por más de 6 meses**⁽¹⁰⁾. Como contrapartida, las mujeres que se sintieron presionadas durante el asesoramiento manifestaron que tenían menos probabilidades de comprometerse con la futura atención de salud reproductiva⁽¹¹⁾.

Dicho esto, uno como proveedor de salud puede entender que el asesoramiento debe ser una oferta aséptica, tipo menú, de los métodos existentes y

solos brindar información y educación en pro de no influenciar las decisiones de las usuarias. Si bien este enfoque se centra en la autonomía del paciente, diferentes y numerosas investigaciones han encontrado que muchas mujeres valoran de manera positiva el recibir apoyo de los profesionales en el proceso de toma de decisiones, en lugar de dejar que tomen la decisión en soledad⁽¹²⁻¹⁷⁾.

Otros modelos que se han implementado en el tema de asesoramiento en planificación familiar han sido los centrados en **promover el uso de los métodos más eficaces**. Estos enfoques han incluido entrevistas motivacionales diseñadas para incentivar el uso de métodos específicos⁽¹⁸⁾. Otro modelo destacado ha sido el enfoque de "efectividad escalonada", que estructura el asesoramiento de acuerdo con la efectividad de los métodos, con un énfasis en aquellos que son más efectivos⁽¹⁹⁾. Sin embargo, estas estrategias no están idealmente centrados en la usuaria, ya que no priorizan las preferencias de las mujeres por las características del método y hacen suposiciones sobre la importancia relativa de la efectividad en la prevención del embarazo que tienen para ella.

Por ende, como se trató de exponer, el equilibrio dentro del asesoramiento en planificación familiar, como en tantos órdenes de la vida, debe ser algo muy deseable de alcanzar pero no ciertamente fácil. De todas formas existen algunos principios en este modelo de asesoramiento, que pasaremos a desarrollar y que pretenden ayudar al lector a la puesta en práctica de este enfoque.

Si bien parece obvio y atañe directamente a todos los aspectos de la atención médica establecer una buena relación médico-paciente o proveedor-usuaria, es especialmente relevante en el asesoramiento anticonceptivo dado el contexto personal y sensible⁽¹³⁾. Los mensajes básicos de una buena comunicación, como **saludar de forma cálida y alentar la conversación y participación**, se han asociado con la continuación a largo plazo de los métodos anticonceptivos elegidos⁽¹⁰⁾.

Quizás el primer paso para proporcionar asesoramiento anticonceptivo centrado en el paciente es identificar para quiénes este asesoramiento será apropiado. Se han propuesto varios modelos, cada uno con sus propias limitaciones y beneficios. El Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) **incorpora de rutina en el control ginecológico la pregunta sobre los deseos reproductivos en el siguiente año**⁽²⁰⁾.

Con este objetivo debemos preguntar específicamente este punto como un medio para identificar a las que quieren quedar embarazadas de las que desean analizar las opciones anticonceptivas. Esta simple

pregunta no solo separa las poblaciones entre las que responden sí o no, también permite identificar y dar seguimiento a aquellas pacientes con respuestas ambivalentes o inseguras, así como también a aquellos pacientes que ya tienen sus necesidades de embarazo satisfechas.

Por otro lado el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. (CDC) ha promovido el uso de un enfoque de "Plan de vida reproductiva" en el que las parejas en edad reproductiva definen cuántos hijos desean tener y cuándo lo harán, como un medio para determinar qué servicios son apropiadas para cada individuo⁽²¹⁻²⁵⁾.

También se ha propuesto por parte de este organismo hacer la pregunta "RUTA"⁽²²⁾, que explora las actitudes y el momento de búsqueda del embarazo de una manera centrada en el paciente. Dicho esquema de interrogatorio RUTA valora;

- **actitudes del embarazo:** ¿cree que le gustaría tener (más) hijos en algún momento?;
- **tiempo:** si la mujer está considerando la futura maternidad, ¿cuándo crees que podría ser?;
- **prevención:** ¿qué tan importante es para usted prevenir el embarazo?.

Una vez que se identifica a una mujer deseosa de recibir asesoramiento anticonceptivo, se debe consignar en la historia clínica posibles contraindicaciones de la utilización de algún método, así como evaluar las condiciones médicas que podrían afectar la seguridad de los mismos⁽²⁶⁾.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el CDC mantienen recomendaciones basadas en evidencia para el uso de métodos anticonceptivos en el contexto de una variedad de condiciones médicas y características personales^(27,28).

Toma de decisiones compartidas

Luego de identificar a la usuaria para asesorar y despejar limitantes o condiciones médicas en el asesoramiento, se puede pasar al siguiente paso dentro del proceso compartido de toma de decisiones.

Existen en la literatura frases disparadoras sugeridas para iniciar la conversación en esta etapa, como por ejemplo; «¿Qué es importante para usted sobre su método anticonceptivo?»

Si bien sabemos que muchas mujeres inicialmente no tendrán una respuesta a esta pregunta, hacerle saber y sentir que sus preferencias serán uno de los pilares a tener en cuenta en el proceso de asesoramiento, es un hecho que se experimenta como altamente positivo en las evaluaciones de satisfacción de las usuarias.

Esta pregunta difiere de una que comúnmente utilizamos y que puede verse como similar al plantear:

«¿Habías pensado en algún método en el cual estabas interesada?»

Si bien inicialmente esta pregunta parece priorizar las preferencias de la mujer, también supone que la usuaria conoce sus opciones y cómo esas opciones se relacionan con sus preferencias para las diferentes características del método.

Propiciar un ámbito abierto y cordial en la entrevista es fundamental, dado que las mujeres pueden no sentirse empoderadas a preguntar, si explícitamente no se les brinda la oportunidad⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Una vez que se ha abierto la conversación al enfocarse en las preferencias del paciente, el paso siguiente es ayudar a las mujeres a identificar esas preferencias. Estas decisiones deben ser informadas por evidencia, lo que requiere una conversación educativa interactiva entre el médico y la usuaria sobre las diferentes formas en que varían los métodos, incluyendo características específicas como por ejemplo:

- cómo se toman y con qué frecuencia,
- cuál es su eficacia,
- cómo pueden interferir con el sangrado mensual,
- beneficios no anticonceptivos,
- efectos secundarios,
- influencia sobre la fertilidad futura, etc.⁽³¹⁻³²⁾

En este punto, como en todos, la utilización del lenguaje no es un hecho menor para evitar desencadenar preconcepciones sobre métodos específicos.

Se recomienda utilizar generalidades en vez de identificar métodos específicos por ejemplo frases como "Hay métodos que se utilizan todos los días, todas las semanas, todos los meses, o incluso con mayor frecuencia ¿Qué te parecen estas diferentes opciones?"

Como es por todos conocido, los conceptos erróneos acerca de la eficacia de los diferentes métodos para prevenir el embarazo son comunes⁽³³⁾. Por lo tanto, es esencial comprender las preferencias de una mujer sobre la eficacia del método, que es una prioridad para muchas de ellas, pero no necesariamente para todas como luego veremos^(34,35). Presentar cada uno de los métodos, acompañados por datos ilustrados en una tabla de eficacia escalonada puede ser de suma ayuda en la toma de decisiones tomando en cuenta este importante aspecto⁽³⁶⁾.

Otro punto relevante para las mujeres y que afecta directamente la adhesión al método es la **repercusión sobre el sangrado menstrual**. Es importante consignar que todos los métodos, salvo los de barrera, tienen algún efecto sobre el sangrado menstrual. Este punto es difícil de contemplar ya que existen variadas preferencias sobre el patrón de sangrado deseable para cada usuaria^(37,38). El mismo cambio, como la amenorrea, puede ser visto como un beneficio por alguna y

para otras como un efecto secundario negativo⁽³⁹⁻⁴²⁾. Por lo tanto, se propone en varias guías, mediante una pregunta no directa, obtener las preferencias sobre el sangrado al formular "¿Cómo se siente acerca de su método que causa cambios en su período, cómo hacerlo menos regular, hacerlo más o menos intenso o hacer que desaparezca por completo?"

En lo referente a los efectos secundarios, actualmente las mujeres reciben información desde los "insert" o prospectos de los fármacos por un lado, de las experiencias de **allegadas** y de los **testimonios en las redes sociales** por el otro, sabiendo que la información negativa se comunica más comúnmente que la positiva⁽⁴³⁻⁴⁶⁾.

Por consiguiente, un sin número de usuarias tienen preocupaciones sobre los posibles **impactos negativos** de los métodos anticonceptivos y estos conceptos influirán directamente en su elección.

Debemos preguntar directamente si tienen dudas sobre los efectos secundarios de métodos específicos. Esta actitud del proveedor de salud permitirá comprender las preferencias de las mujeres y abordar cualquier idea errónea. Debemos ser conscientes y sensibles en cuánto valoran y confían las mujeres en la información recibida a través de las redes sociales sobre la experiencia vivida con un método anticonceptivo específico⁽⁴⁴⁾. Para reafirmar la evidencia frente a esto, debemos evitar comentarios despectivos sobre tales experiencias en las redes, y hacer entender a las mujeres que "todos somos diferentes" y hacer hincapié en lo que es más común que ocurra y la excepcionalidad de los eventos trágicos. Al actuar de esta manera, evitamos o disminuimos la desconfianza y permitimos que las mujeres escuchen y contrapongan la evidencia a lo dicho en las redes, o en su círculo de amistades o familiares.

No debemos olvidar enunciar los **beneficios no anticonceptivos de los métodos** además de prevenir el embarazo, y que en algunos casos pueden llegar a ser determinantes en la selección de los mismos. Lo mismo ocurre con la referencia a los conceptos erróneos existentes y que son bastantes comunes sobre el efecto de los métodos anticonceptivos sobre la **fertilidad**^(33,47).

Luego de cumplir con esta etapa del asesoramiento en la cual se explora la necesidad, las preferencias de la mujer y se educa sobre las características de los métodos anticonceptivos, se debe pasar a facilitar la toma de decisiones. Esto consiste en ayudar a las usuarias a identificar el método más apropiado para ellas, dadas sus preferencias y las características de los anticonceptivos.

Entre los múltiples escenarios que se pueden dar durante este proceso, planteamos algunos a los cuales nos podemos ver enfrentados y brindar herramientas que nos permitan seguir avanzando en la tarea:

- **Una preferencia marcada:** esto ocurre en una mujer que identifica una preferencia dominante, como por ejemplo la eficacia. En este caso puede ser tan simple como ordenar los métodos por eficacia e informar dada su preferencia, sobre dispositivos intrauterinos (DIU) o implantes y como definitivo la esterilización.
- **Más de una preferencia:** allí debemos educar a las pacientes sobre cómo estas preferencias pueden superponerse con las características de los métodos disponibles. Las ayudas visuales, al igual que los modelos pélvicos o las muestras de métodos anticonceptivos, pueden ser útiles en estos casos. Para mujeres con preferencias que se pueden asociar en un método (por ejemplo minimizar el acné y tener períodos más regulares), podemos ayudar a la paciente a elegir usando preguntas secuenciales, por ejemplo en este caso entre los anticonceptivos orales, el parche o el anillo vaginal. Cuando las preferencias están en conflicto (p. ej., la máxima eficacia por un lado y no querer un método invasivo por el otro) debemos plantear las dificultades de este hecho y en conjunto ver cómo se pueden sopesar las mismas.
- **Nueva preferencia:** es habitual que durante el proceso de asesoramiento surjan nuevas preferencias a medida que uno va informando y educando, eso lleva necesariamente a avanzar y retroceder entre determinar preferencias y facilitar la toma de decisiones en respuesta a esas preferencias.
- **Preferencia o sesgo de nuestra parte:** esto sin duda es lo que debemos esforzarnos por tratar de evitar. Expresar cualquier parcialidad, en el proceso de asesoramiento, es particularmente problemático, no solo para la adherencia del método, sino también para la relación médico paciente⁽⁴⁸⁾. Las pacientes que sienten que su médico tenía una preferencia de método tienen menos probabilidades de estar satisfechas con el mismo⁽⁷⁾, y aquellas que se sienten presionadas a usar un método determinado tienen más probabilidades aumentadas de discontinuarlo con el tiempo⁽⁴⁹⁾.
- **Discusión de la experiencia personal:** si los médicos debemos divulgar o no la información personal es una fuente de controversia. En el asesoramiento anticonceptivo, los problemas éticos se intensifican dado el contexto personal y social⁽⁵⁰⁾. Sin embargo, un estudio informó que los médicos que comparten experiencias personales, específicamente en el uso del DIU, se asociaron con una mayor aceptación de este método⁽⁵¹⁾. Es

claro que la divulgación personal tiene el potencial de ser influyente para las pacientes. Debemos ser muy cautelosos al proporcionar información y experiencias personales, para asegurarse de no sesgar la toma de decisiones.

Selección del método

Llegado este punto del proceso de asesoramiento de responsabilidad compartida, es la mujer en definitiva quien debe tomar la decisión final sobre qué método usar.

En determinados casos en que la paciente pide orientación expresa del proveedor de salud, y basados en el conocimiento de las preferencias de la paciente, podemos identificar el método que probablemente sea el mejor para ella.

Con preguntas como *“De acuerdo a lo que hablamos y lo que es importante para usted ¿cuál cree que es la mejor opción en este momento?”* podemos colaborar a precipitar la decisión final de la usuaria.

Comienzo del método

Según las recomendaciones del CDC no es necesaria ninguna paraclínica previa para el inicio de la utilización de un método⁽⁵²⁾. Se puede comenzar el mismo día de la visita y requieren solo un examen físico completo.

Dicha guía también orienta sobre elementos para excluir razonablemente el embarazo. Cuando esto no es posible, a excepción del DIU o endoceptivo intrauterino, los métodos anticonceptivos pueden iniciarse de inmediato con el asesoramiento y el consentimiento adecuados.

En el caso de una primera vez de utilización de un método anticonceptivo, se debe incluir información y apoyo para optimizar el uso correcto del mismo. Proporcionar información sobre *qué hacer si una o más dosis de un método anticonceptivo de acción corta se retrasa o se omite*, son muy valoradas y de gran utilidad para la adhesión y el cumplimiento⁽⁵²⁾.

El asesoramiento anticipado sobre los *posibles efectos secundarios* se ha asociado tanto con la satisfacción del método como con la continuación del mismo. Se le debe ofrecer un plan de visitas de seguimiento para monitorear el uso del método y dar tranquilidad para que la usuaria pueda, mediante un fácil acceso, disipar dudas⁽⁵³⁻⁵⁶⁾.

Por otra parte, el profesional debe evaluar el riesgo de infecciones de transmisión sexual (*ITS*) de la mujer a asesorar, remarcando la importancia, si corresponde, de la utilización de métodos de barrera tanto masculinos como femeninos⁽⁵⁷⁾.

Poblaciones especiales

En este párrafo queremos dar algunos lineamientos, de manera breve, a tener en cuenta en algunos tipos de situaciones especiales, no infrecuentes en la práctica clínica, a las cuales nos podemos ver enfrentados.

- **Puerperio:** como es sabido, se deben aprovechar las oportunidades del control prenatal para proporcionar asesoramiento. Esto incluye discutir las opciones, proporcionar información sobre la seguridad de los diferentes métodos anticonceptivos en el puerperio y los efectos sobre la lactancia^(27,60,61). También se debe explorar los deseos reproductivos, se debe brindar información sobre el período intergenésico breve, el reinicio de los ciclos, la relación con la ovulación y la contraindicación de la lactancia en concomitancia con un próximo embarazo.
- **Post aborto:** algunos trabajos evidencian que luego de un aborto, la mayoría de las mujeres, no se sienten cómodas al hablar de métodos anticonceptivos al momento del mismo^(62,63). Insistir en brindar asesoramiento cuando las pacientes no lo deseen tiene el potencial de contribuir a un mayor estigma asociado con la atención del aborto. Esto no quita que debemos tener disponibles los métodos para la toma de decisiones en el contexto de proporcionar esta atención si es deseada o requerida. Por lo tanto debemos ser muy receptivos de las preferencias individuales de las pacientes para obtener información y brindar apoyo.
- **Adolescentes:** a priori, el médico se puede ver tentado a realizar un asesoramiento más directo hacia este grupo de usuarias, basados en la percepción que los adolescentes presentan un mayor riesgo de resultados adversos en la salud reproductiva como ITS y embarazos inoportunos. Este hecho puede hacernos olvidar su natural resistencia a la autoridad y quizás una mayor desinformación, desde lo biológico hasta los métodos específicos. Esta situación puede conducir a un fracaso en el asesoramiento, dado que el mismo puede ser visto como una imposición o dogma, que está a años luz de las necesidades de las adolescentes. Aquí más que nunca las técnicas de escucha, la empatía y el asesoramiento compartido pueden ser puestas al límite.
- **Patologías médicas crónicas:** los criterios de elegibilidad médica de anticonceptivos de la OMS y de los EE.UU., revisan y proponen una lista de afecciones médicas crónicas y criterios específicos de selección de anticonceptivos adecuados para cada entidad^(27,28). Es importante tener presente que estos criterios no deben mandar el uso de los métodos listados puntualmente. Es de-

cir, que por más que se acoten a determinados métodos, dados los riesgos de su patología de base, debemos procurar mantener la autonomía y las decisiones compartidas. El asesoramiento, la educación, el análisis de los riesgos asociados con el embarazo, el rol de la anticoncepción de emergencia y la disponibilidad y seguridad de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de situaciones inoportunas, pueden ayudar a las mujeres a tomar decisiones autónomas e informadas.

- **Consumo problemático de sustancias:** los profesionales que brindan atención a estas mujeres deben conocer en general lo difícil del manejo de este tipo de situaciones y asegurarse de brindar un buen acceso a los servicios y asesoramiento anticonceptivo de calidad⁽⁶⁴⁻⁶⁷⁾. Existe una tendencia que nos empuja a veces a forzar decisiones hacia determinados métodos que no dependan en su adhesión a un involucramiento diario de estas mujeres⁽⁶⁸⁾. Debemos conocer la relación entre las diferentes sustancias y la alteración e interacción con procesos hormonales fisiológicos como es la menstruación. Por ejemplo, *el uso de opiáceos puede conducir a la amenorrea prolongada y en*

consecuencia subestimar el riesgo de embarazo por parte de estas mujeres⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾.

- **Extracción del DIU o del implante:** hay situaciones en las cuales las mujeres solicitan el retiro del DIU o del implante por razones ajenas a la búsqueda de embarazo, algunos colegas pueden insistir en el uso continuado del DIU o el implante debido a su alta eficacia, a pesar del deseo expreso de la paciente de extracción⁽⁷²⁻⁷⁴⁾. Esto puede generar desconfianza hacia el equipo de planificación familiar y puede afectar la autonomía del paciente. Una manera alternativa sería asegurarle a la mujer el retiro del dispositivo y luego preguntarle si previamente no le gustaría hablar sobre sus inconvenientes de uso y/o efectos secundarios antes de proceder a la extracción. De esta manera nos permite abordar cualquier problema que haya tenido y proporcionar educación adicional para el paciente. Si aun explorando estas experiencias de uso, mantiene su voluntad de retiro del dispositivo o implante, procedemos a retirarlo.
- **Discapacidad intelectual o física:** esta situación a la que más de una vez nos vemos enfrentados es todo un desafío para el asesoramiento en anticoncepción. A esto se suman elementos prácticos

Bibliografía

Sigue

- Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. A qualitative analysis of approaches to contraceptive counseling. *Perspect Sex Reprod Health* 2014; 46:233.
- Schivone GB, Glish LL. Contraceptive counseling for continuation and satisfaction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2017; 29:443.
- Thompson R, Manski R, Donnelly KZ, et al. Right For Me: protocol for a cluster randomised trial of two interventions for facilitating shared decision-making about contraceptive methods. *BMJ Open* 2017; 7:e017830.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44:681.
- Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, et al. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med* 2014; 12:270.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4:CD001431.
- Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception* 2017; 95:452.
- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (Ed), National Academies Press (US), Washington (DC) 2001.
- Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011; 9:100.
- Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215:78.e1.
- Gomez AM, Wapman M. Under (implicit) pressure: young Black and Latina women's perceptions of contraceptive care. *Contraception* 2017; 96:221.
- Upadhyay U. Informed Choice in Family Planning: Helping People Decide. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Baltimore 2001.
- Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, et al. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception* 2013; 88:250.
- Sober S, Shea JA, Shaber AG, et al. Postpartum adolescents' contraceptive counselling preferences. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017; 22:83.
- Carvajal DN, Gioia D, Mudafort ER, et al. How can Primary Care Physicians Best Support Contraceptive Decision Making? A Qualitative Study Exploring the Perspectives of Baltimore Latinas. *Womens Health Issues* 2017; 27:158.
- Dehlendorf C, Diedrich J, Drey E, et al. Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Educ Couns* 2010; 81:343.
- Fox E, Reyna A, Malcolm NM, et al. Client Preferences for Contraceptive Counseling: A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2018; 55:691.
- Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, et al. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23:116.
- Madden T, Mullersman JL, Omvig KJ, et al. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception* 2013; 88:243.
- Bellanca HK, Hunter MS. ONE KEY QUESTION®: Preventive reproductive health is part of high quality primary care. *Contraception* 2013; 88:3.
- Gavin L, Moskosky S, Carter M, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMWR Recomm Rep* 2014; 63:1.
- Callegari LS, Aiken AR, Dehlendorf C, et al. Addressing potential pitfalls of reproductive life planning with patient-centered counseling. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:129.
- Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55:1.

adicionales en mujeres con limitaciones o impedimentos físicos para un examen pélvico o aquellas que son incapaces de consentir y por ende de tener autonomía⁽⁷⁵⁾. Para esto los profesionales deben tener una preparación adecuada y los equipos de salud sexual y reproductiva considerar este tipo de situaciones especiales.

• **Antecedentes oncológicos:** si bien los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de la OMS y los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de los EE.UU. han aprobado la anticoncepción hormonal para la mayoría de los cánceres excepto el cáncer de mama, las pautas de la Sociedad de Planificación Familiar (SFP) del 2012⁽⁷⁶⁾, contienen consideraciones adicionales, que compartimos:

- **mujeres con antecedentes de cáncer de mama:** considerar el uso de un DIU, a excepción de las que aún están tomando tamoxifeno. Para estas últimas el endoceptivo liberador de levonorgestrel puede reducir el riesgo de los cambios endometriales inducidos por tamoxifeno sin aumentar el riesgo de recurrencia del cáncer de mama.

- **mujeres con cáncer activo o que han sido tratadas por cáncer dentro de los últimos 6 meses:** tratar de evitar los anticonceptivos combinados ya que aumenta el riesgo de trombosis venosa. En mujeres con riesgo aumentado de padecer cáncer de mama o recurrencia del mismo, los anticonceptivos de emergencia no están contraindicados.

Comentarios finales sobre la asesoría anticonceptiva

Según un reporte de las Naciones Unidas el 63% de las mujeres en edad reproductiva que están en pareja usan anticonceptivos⁽⁷⁷⁾. La prevalencia de anticonceptivos varía según la región, siendo la más alta en América Latina y el Caribe con un 75%.

Promediamente podríamos pensar, a raíz de dichos estudios, que una mujer puede pasar tres décadas sin querer quedar embarazada⁽⁷⁸⁾.

En nuestro país la mayoría de los métodos anticonceptivos en algún momento requieren una visita a un proveedor para obtener una receta o un procedimiento. Por ende, las mujeres sexualmente activas,

con frecuencia buscan servicios de atención médica relacionados con la anticoncepción, y según un trabajo en los EE.UU. más del 50% de ellas informaron haber recibido atención relacionada con el control de la natalidad en el último año⁽⁷⁹⁾.

Tradicionalmente, el objetivo de la planificación familiar consistía en brindar un servicio para ayudar a las personas a evitar embarazos no deseados dados los aspectos negativos para las mujeres y para la sociedad al darse esta situación⁽⁸⁰⁻⁸⁵⁾. Sin embargo, la idea de un embarazo no deseado no siempre es desagradable. Investigaciones sobre los sentimientos que producen este tipo de noticias en las mujeres y su entorno, no son necesariamente percibidos siempre negativamente⁽⁸⁶⁾. Es así que se han propuesto términos como **“embarazos inoportunos”**, para no usar una terminología, que pueda conllevar un concepto negativo per se. Se suma a ello que incluso a raíz de las últimas investigaciones la asociación entre la intención del embarazo y los malos resultados de salud materno infantil no es tan sólida como se pensaba anteriormente⁽⁸¹⁾. Esto es consistente con el entendimiento de que un embarazo inoportuno no produce las mismas reacciones negativas para todas⁽⁸⁶⁾.

Generalmente se piensa que la eficacia de un anticonceptivo es la principal característica que las mujeres ponderan de un método. Investigaciones sobre este punto han revelado que las mujeres tienen preferencias diversas y no necesariamente la eficacia es la más importante de ellas^(34,35). Los datos indican que ésta no es la única característica, o siempre la más importante a tener en cuenta para las mujeres que eligen un método anticonceptivo. **Cuestiones como la practicidad, menor incidencia de efectos secundarios y no alterar el patrón de sangrado, son aspectos que en muchos casos son más valorados que la máxima eficacia.**

En definitiva, el asesoramiento dentro de un enfoque de toma de decisiones compartidas, es un proceso para nada sencillo en anticoncepción. Como hemos visto, dicho modelo lleva una preparación y un conocimiento previo y su implementación nos invita a reflexionar sobre nuestra práctica diaria y en cierta forma se contrapone al mero hecho de **“recetar”** un método anticonceptivo.

Aprobado para publicación: 10/12/2019

Bibliografía

- ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e78.
- Contraception. Quality Standard [QS129]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). September 2016. www.nice.org.uk/guidance/qs129 (Accessed on January 22, 2019).
- ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e128.
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:1.
- Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth edition. World Health Organization. 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/en/ (Accessed on January 22, 2019).
- Frosch DL, May SG, Rendle KA, et al. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31:1030.
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, et al. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2012; 86:9.
- Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, et al. *Contraceptive Technology*, 21st ed, Ayer Company Publishers, Inc., New York 2018.
- Anderson S, Frerichs L, Kaysin A, et al. Effects of Two Educational Posters on Contraceptive Knowledge and Intentions: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2019; 133:53.
- Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, et al. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues* 2014; 24:e281.
- Madden T, Secura GM, Nease RF, et al. The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213:46.e1.
- Jackson AV, Karasek D, Dehlendorf C, Foster DG. Racial and ethnic differences in women's preferences for features of contraceptive methods. *Contraception* 2016; 93:406.
- Steiner MJ, Trussell J, Mehta N, et al. Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:85.
- Polis CB, Hussain R, Berry A. There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. *Reprod Health* 2018; 15:114.
- Nappi RE, Fiala C, Chabbert-Buffet N, et al. Women's preferences for menstrual bleeding frequency: results of the Inconvenience Due to Women's Monthly Bleeding (ISY) survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016; 21:242.
- Newton VL, Hoggart L. Hormonal contraception and regulation of menstruation: a study of young

women's attitudes towards 'having a period'. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015; 41:210.

40. Andrist LC, Arias RD, Nucatola D, et al. Women's and providers' attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives. *Contraception* 2004; 70:359.

41. Andrist LC, Hoyt A, Weinstein D, McGibbon C. The need to bleed: women's attitudes and beliefs about menstrual suppression. *J Am Acad Nurse Pract* 2004; 16:31.

42. Rose JG, Chrisler JC, Couture S. Young women's attitudes toward continuous use of oral contraceptives: the effect of priming positive attitudes toward menstruation on women's willingness to suppress menstruation. *Health Care Women Int* 2008; 29:688.

43. Anderson N, Steinauer J, Valente T, et al. Women's social communication about IUDs: a qualitative analysis. *Perspect Sex Reprod Health* 2014; 46:141.

44. Yee L, Simon M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. *J Adolesc Health* 2010; 47:374.

45. Gilliam ML, Davis SD, Neustadt AB, Levey EJ. Contraceptive attitudes among inner-city African American female adolescents: Barriers to effective hormonal contraceptive use. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009; 22:97.

Bibliografía

- Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus-group approach. *Contraception* 2004; 70:299.
- Payne JB, Sundstrom B, DeMaria AL. A Qualitative Study of Young Women's Beliefs About Intrauterine Devices: Fear of Infertility. *J Midwifery Womens Health* 2016; 61:482.
- Donnelly KZ, Foster TC, Thompson R. What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. *Contraception* 2014; 90:280.
- Berenson AB, Wiemann CM, Rickert VI, McCombs SL. Contraceptive outcomes among adolescents prescribed Norplant implants versus oral contraceptives after one year of use. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:586.
- McLean M, Steinauer J, Schmittiel J, et al. Provider self-disclosure during contraceptive counseling. *Contraception* 2017; 95:161.
- Benson LS, Perrucci A, Drey EA, Steinauer JE. Effect of shared contraceptive experiences on IUD use at an urban abortion clinic. *Contraception* 2012; 85:198.
- Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:1.
- Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64:1.
- Backman T, Huhtala S, Luoto R, et al. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol* 2002; 99:608.
- Canto De Cetina TE, Canto P, Ordoñez Luna M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 2001; 63:143.
- Simmons RG, Sanders JN, Geist C, et al. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220:376.e1.
- Tepper NK, Krashin JW, Curtis KM, et al. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016: Revised Recommendations for the Use of Hormonal Contraception Among Women at High Risk for HIV Infection. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:990.
- Stidham Hall K, Moreau C, Trussell J. Discouraging trends in reproductive health service use among adolescent and young adult women in the USA, 2002-2008. *Hum Reprod* 2011; 26:2541.
- Bender SS, Fulbright YK. Content analysis: a review of perceived barriers to sexual and reproductive health services by young people. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013; 18:159.
- Yee L, Simon M. Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56:54.
- Moniz MH, Spector-Bagdady K, Heisler M, Harris LH. Inpatient Postpartum Long-Acting Reversible Contraception: Care That Promotes Reproductive Justice. *Obstet Gynecol* 2017; 130:783.
- Matulich M, Cansino C, Culwell KR, Creinin MD. Understanding women's desires for contraceptive counseling at the time of first-trimester surgical abortion. *Contraception* 2014; 89:36.
- Cansino C, Lichtenberg ES, Perriera LK, et al. Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception* 2018; 98:535.
- Griffith G, Kumaraswami T, Chrysanthopoulou SA, et al. Prescription contraception use and adherence by women with substance use disorders. *Addiction* 2017; 112:1638.
- McNeely CA, Hutson S, Sturdivant TL, et al. Expanding Contraceptive Access for Women With Substance Use Disorders: Partnerships Between Public Health Departments and County Jails. *J Public Health Manag Pract* 2019; 25:229.

El artículo contiene 86 referencias bibliográficas, las faltantes se encuentran a disposición de los interesados en la editorial a través del mail: tendencias@farmanuario.com.