

LA REALIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El autor resume las características principales de los distintos métodos anticonceptivos en general y en situaciones clínicas particulares y los factores que contribuyen al hecho de que aun hoy, la tasa de embarazos no deseados siga siendo elevada.

Entrevista exclusiva a



Johannes Bitzer

Profesor

Preguntas formuladas por los médicos que integran la agencia *Sistema de Noticias Científicas (aSNC)*, brazo periodístico de SIIC. La traducción al castellano fue realizada por el Comité de Redacción Científica de la institución.

SIIC: ¿Por qué, a pesar de la gran cantidad de métodos anticonceptivos disponibles, las tasas de embarazos no deseados siguen siendo elevadas?

JB: Existen diversos factores que intervienen en la dificultad de lograr el objetivo de la planificación familiar, el cual es que “cada embarazo y cada hijo sean deseados y

planificados”: a) Falta de acceso a los métodos anticonceptivos disponibles por cuestiones económicas, profesionales, legales e ideológicas. Estos factores pueden denominarse macrofactores e incluyen políticas de salud y la formación de los profesionales, entre otros. b) Falta de aceptación de los métodos por los pacientes. c) Problemas relacionados con la tolerancia y la adhesión al tratamiento. d) Falta de un buen asesoramiento y atención en términos de la anticoncepción.

SIIC: ¿Cuáles son los mejores argumentos para convencer a una mujer o un hombre acerca del uso de métodos anticonceptivos: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual u otros factores?

JB: Es importante informar y educar a cada paciente acerca de los objetivos de la anticoncepción: proteger contra los embarazos no deseados (eficacia del método); protección de la salud (minimizar los riesgos y buscar beneficios adicionales), incluido el riesgo de infecciones de transmisión sexual; procurar una buena calidad de vida (efectos adversos negativos y positivos).

Las mujeres y los hombres deben saber que cada decisión tiene pros y contras y que siempre debe considerarse el equilibrio entre el riesgo y el beneficio.

La falta de anticoncepción se asocia con riesgo elevado de embarazos no deseados, con todas sus consecuencias (aborto no seguro, riesgos obstétricos, consecuencias psicológicas).

SIIC: La buena comunicación entre los médicos y los pacientes ¿influye positivamente en la adhesión de la mujer o el hombre al uso de anticonceptivos?

JB: En cada paciente es importante determinar primero las necesidades y expectativas específicas, de modo de encontrar el mejor método anticonceptivo y tomar decisiones compartidas. Sugerimos seguir una serie de pasos:

Primer paso: Se deben atender las necesidades de la familia en relación con la planificación, y conocer las prioridades y los valores que tienen la mujer y el hombre; de esta manera, el profesional de la salud podrá eliminar aquellos métodos que la mujer no acepta, o aquellos procedimientos que no se corresponden con sus necesidades.

Segundo paso: Realizar una valoración clínica y psicológica meticulosa para conocer el perfil de la mujer. Basándose en esto se aplicarán los criterios clínicos necesarios que inducen a excluir ciertos métodos.

Tercer paso: Entre los métodos aceptados por la paciente y para los cuales no existen contraindicaciones, el profesional de la salud debe ayudar a la paciente a que identifique cuál es el método que mejor se vincula con sus expectativas y cuál es el que podría brindarle beneficios adicionales (prevención, tratamiento de los síntomas).

SIIC: ¿Qué papel desempeñan los hombres a la hora de decidir el método anticonceptivo?

JB: El papel del hombre en la selección del método anticonceptivo es muy variable y depende de las características socioculturales de la mujer que consulta.

En algunas sociedades, el sexo antes del matrimonio está socialmente prohibido. Sólo las mujeres casadas tienen acceso a los servicios de anticoncepción y las decisiones se toman en conjunto con el esposo o la madre de su marido.

En el otro extremo del espectro hay sociedades en las cuales las mujeres toman decisiones sin ninguna participación de su pareja. Sin embargo, algunas pacientes desean que su pareja se involucre y algunos cónyuges desean involucrarse, con una postura de responsabilidad compartida. No obstante, esta situación sigue siendo una excepción.

SIIC: Uno de los aspectos que más preocupa a la mujer a la hora de elegir un anticonceptivo es el aumento de peso. ¿Qué tipo de anticonceptivo puede producir este efecto secundario?

JB: Existe mucha controversia en relación con el riesgo de aumento de peso con los anticonceptivos. Es bien sabido que algunos progestágenos, especialmente aquellos con propiedades androgénicas, pueden ejercer efectos metabólicos, aunque mínimos y casi irrelevantes.

Asimismo, muchas mujeres piensan que los anticonceptivos hormonales originan aumento de peso; este temor las aleja de la posibilidad de utilizar "hormonas". La evidencia científica

indica que la asociación entre el aumento de peso y las hormonas es más un mito que una realidad. Ningún estudio de comparación reveló que las mujeres que usan anticonceptivos aumenten más de peso en comparación con las pacientes que no los utilizan o las pacientes que emplean otros métodos de anticoncepción. Depo-Provera® es la única excepción, ya que se observó aumento de peso en relación con su uso. No hay ningún mecanismo razonable para asociar el aumento de peso con los anticonceptivos no hormonales.

SIIC: ¿Qué método podría considerarse más seguro: el dispositivo intrauterino con liberación de levonorgestrel (DIU-LNG), los implantes subdérmicos o la píldora combinada?

JB: La principal diferencia entre el DIU-LNG y los implantes subdérmicos por un lado, y los métodos hormonales combinados por otro (comprimidos, parches, anillos vaginales) consiste en que los últimos tienen estrógeno, mientras que los primeros sólo tienen progestágenos.

El estrógeno sintético etinilestradiol se asocia con riesgo de trombosis, la principal complicación de estos métodos. Sin embargo, es muy importante que contribuyamos a que las mujeres comprendan que esta complicación, aunque grave, es muy infrecuente, y que los anticonceptivos hormonales combinados ejercen diversos efectos protectores para la salud, ausentes con los otros métodos. Los anticonceptivos que sólo tienen progestágenos no parecen asociarse con este riesgo y por lo tanto son básicamente más seguros. Existen otras posibles complicaciones asociadas con estos métodos, más directamente relacionadas con la intervención, y carecen de los denominados efectos sistémicos.

SIIC:¿Cuál considera usted que es el principal efecto no deseado que puede manifestar la mujer que toma anticonceptivos orales?

JB: No existe un único efecto adverso. Los estudios revelaron dos grupos principales: síntomas físicos, como sangrado irregular (por lo general sólo presente al comienzo del tratamiento), cefaleas y distensión; las mujeres deben saber que el sangrado irregular no es riesgoso y que no significa que exista enfermedad del útero. Y los síntomas mentales, como inestabilidad emocional y disminución del deseo sexual. La mayoría de los síntomas son de intensidad leve y desaparecen luego de unos pocos meses.

Además, la gran mayoría de las mujeres toleran bastante bien los anticonceptivos

hormonales. Se debe citar a la paciente para una visita de control de la tolerancia, entre 3 y 4 meses después de comenzado el uso de anticonceptivos.

Al mismo tiempo, se les debe informar acerca de los posibles efectos positivos (sobre todo sobre los síntomas menstruales).

SIIC: En las mujeres que amamantan, ¿qué tipo de anticonceptivo se debe recomendar, ya que hoy se sabe que la lactancia no es un factor protector del embarazo?

JB: Se dispone de dos opciones principales. La primera de ellas consiste en el dispositivo intrauterino de cobre, el cual puede insertarse poco después del parto. Sin embargo, los principales métodos son aquellos que sólo tienen progestágenos. Se ha visto que el anticonceptivo que tiene únicamente 75 µg de desogestrel no disminuye la cantidad ni la calidad de la leche materna. Tampoco se vincula con mayor riesgo de complicaciones tromboembólicas, un aspecto de mucha importancia, ya que el período posparto se asocia, en sí mismo, con riesgo aumentado de trombosis.

SIIC: ¿Cómo podemos aumentar las tasas de anticoncepción y cuál es la mejor forma de introducir la educación sexual dentro de las escuelas?

JB: La educación sexual es un proceso que dura toda la vida, que se inicia en la primera infancia y progresa hasta la vejez. Consiste en el aporte de información de los aspectos de la sexualidad, físicos, emocionales, sociales y de la relación de la pareja.

El concepto básico es que cada individuo generará su propio perfil sexual. Mi patrón sexual es el resultado del modelo consciente y parcialmente inconsciente del significado que la sexualidad tiene para mí, de lo que me brinda placer y me hace sentir bien, de cuáles son mis preferencias, de por qué mi identidad es de mujer o de varón y de cómo deseo vivir y expresar mi sexualidad con otros seres humanos.

Por lo tanto, los principales elementos son la identidad sexual, las preferencias sexuales, el placer sexual y la capacidad para generar una relación íntima, todo lo cual constituye el abordaje positivo de la sexualidad.

Al mismo tiempo, se debe procurar que las personas separen la actividad sexual de la

reproducción, y que protejan su cuerpo y alma de los embarazos no deseados, las infecciones y la violencia.

SIIC: ¿Cuáles son las perspectivas futuras en anticoncepción? ¿Qué podemos esperar con respecto a próximos avances?

JB: Existen varias líneas de desarrollo, una de ellas tiene que ver con la creación de nuevos estrógenos, mientras que la otra consiste en la búsqueda de métodos basados en la comprensión del proceso de la fertilización. Este tipo de investigación está directamente dirigido a la creación de métodos para ser usados a demanda, es decir que la mujer pueda utilizar el método anticonceptivo sólo cuando existe la posibilidad de quedar embarazada. El tercer paso, de gran importancia, se basa en la tecnología moderna de datos. Con este método, las mujeres deberían ser capaces de identificar sus días fértiles (ventana fértil: desde cinco días antes de la ovulación hasta un día después de esta).

SIIC: ¿Tenemos datos de cuánta información sobre métodos de planificación obtienen los adolescentes en Internet y cuánta del personal de salud?

JB: En muchos estudios, los profesionales fueron la principal fuente confiable de información, pero las redes sociales se han convertido, también, en una fuente importante de transmisión de información. Esto, sin embargo, puede ocasionar dificultades como consecuencia de la desinformación. El problema clásico está relacionado con los relatos de los efectos adversos de la píldora anticonceptiva que puede hacer una persona, lo cual puede generar temores y el otorgamiento de falsas atribuciones de quien lee esto en Internet acerca de quien lo ha comentado, y que carece de la perspectiva de cientos de mujeres que no presentan efectos adversos y no comunican la tolerancia a través de los medios o redes sociales.

Esto también se aplica a los estudios transmitidos por los medios de comunicación. Sólo las malas noticias son buenas noticias y las noticias sensacionalistas venden muy bien.

SIIC: Otro efecto secundario de los anticonceptivos hormonales es la depresión. ¿Qué

avances hemos tenido en relación con los métodos de anticoncepción de las mujeres deprimidas?

JB: Durante muchos años se realizaron numerosos estudios para conocer las consecuencias de las hormonas ováricas sobre el estado de ánimo y la función cerebral. También se sabe, a partir de estudios con mujeres menopáusicas, que los estrógenos ejercen efectos positivos sobre el estado de ánimo, y que algunos progestágenos pueden motivar un deterioro. Por lo tanto, no se recomienda el uso de *Depo-MPA* en las mujeres que presentan depresión posparto.

Asimismo, algunos estudios sugirieron que en las mujeres clínicamente deprimidas, la utilización de anticonceptivos hormonales combinados ejerce efectos positivos sobre el trastorno subyacente, en comparación con las mujeres que no utilizan estos fármacos.

Además, se sabe que la drospirenona, presente en los anticonceptivos orales, ejerce efectos antidepressivos en las pacientes que presentan síndrome premenstrual grave, es decir trastorno disfórico premenstrual.

En síntesis: se deben diferenciar los distintos progestágenos y métodos hormonales con estrógenos y sin estrógenos; por otra parte se debe identificar a aquellas mujeres en las cuales el cerebro es sumamente sensible a las fluctuaciones de las hormonas esteroideas y aquellas sin esta particularidad.