

DUDAS EN ANTICONCEPCIÓN: ESTADO ACTUAL

III Máster en Anticoncepción, Salud Sexual y
Reproductiva

Sara Tato Varela

Residente de Ginecología

Hospital Universitario Virgen Macarena

Sevilla

INTRODUCCIÓN

El deseo de controlar la natalidad es algo inherente al ser humano. De este deseo nace la contracepción, la cual es un elemento indispensable en la vida moderna que ha ido mejorando enormemente con el paso del tiempo.

Hoy en día disponemos de un amplio abanico de posibilidades que ofrecer a las mujeres para evitar los embarazos no deseados. La revolución farmacológica que vivimos desde los años 50 y el esfuerzo del sector farmacéutico han permitido que muchos de los métodos en el mercado aporten beneficios adicionales a la propia anticoncepción, llegando a ser útiles incluso desde el punto de vista terapéutico para determinadas patologías.

Sin embargo, la anticoncepción no vale de nada si no la aunamos con una adecuada comunicación con las usuarias de anticoncepción. Dicha comunicación ha de ser capaz de dotarlas del conocimiento necesario para decidir con autonomía cuál es el método más adecuado para sus necesidades, desechando los mitos o ideas preconcebidas que rodean a los contraceptivos. El conocer las dudas que plantean con más frecuencia las usuarias de anticoncepción puede ayudar a mejorar el enfoque en las entrevistas clínicas de Planificación Familiar y, por tanto, a aumentar el cumplimiento de anticonceptivos en la población española.

MÉTODO

La base de datos empleada para la realización de este trabajo fue proporcionada por la Sociedad Española de Contracepción. Dicho documento recogía 499 preguntas formuladas anónimamente por usuarias de anticoncepción a través de la página web entre Enero del 2011 y Diciembre del 2012.

Pese a la gran cantidad de datos que constaban, la información contenida era burda y tuvo que sufrir un importante proceso de depuración previo al análisis estadístico. Los criterios que se buscaban en las preguntas para incluirlas era el que contuvieran alguna duda relacionada con un método anticonceptivo. Aunque a priori esto resulte lógico (y se considere sencillo de cumplir) de las 499 preguntas 38 fueron eliminadas por considerarse inadecuadas. Los motivos de eliminación son los que siguen:

- 5 preguntas eran sobre medicamentos sin tener relación con contraceptivos (4 de ellas referentes al Clotrimazol de administración vaginal)
- 9 preguntas eran repeticiones. Para considerar una pregunta como repetición tenía que aparecer duplicada directamente (dos preguntas iguales una a continuación de la otra) o que la paciente mencionara en la segunda consulta el haber realizado la misma pregunta días antes. Previo a la eliminación de una de las dos dudas, se contrastaba que ambas tuvieran idéntica procedencia y edad de la usuaria.
- 3 preguntas eran acerca de la interrupción de embarazo (quirúrgico o farmacológico).
- 1 pregunta solicitaba información sobre si la práctica de sexo anal podía resultar en embarazo.
- 4 preguntas se relacionaban con el embarazo exclusivamente, sin ningún vínculo con la contracepción (predominantemente se referían al momento idóneo de práctica de relaciones sexuales para quedarse embarazadas).
- 5 preguntas eran acerca de cuándo debería de hacerse un test de gestación para que resultara positivo, de nuevo sin ninguna mención a la anticoncepción.
- 2 preguntas eran acerca del Hallux Valgus.
- 1 pregunta era acerca de cómo provocar la menopausia farmacológicamente.
- 1 pregunta era sobre el VPH y su cribado.
- 7 pacientes preguntaban dudas ginecológicas no relacionadas con contracepción (diagnóstico y tratamiento de endometriosis o miomas o indicación de histerectomía por poner ejemplos).

Tras haber depurado la base de datos se procedió añadir nuevas clasificaciones a las 461 preguntas restantes para obtener más información en el análisis posterior

La **primera categoría** que hicimos fue el **tipo de anticonceptivo** por el que se preguntaba. Ésta categoría incluía métodos de barrera, natural, quirúrgico, hormonal, intrauterino y otros. Dentro de intrauterino dividimos a los dispositivos en hormonales y no hormonales. Dentro del método hormonal separamos los métodos combinados (píldora, anillo y parche) y métodos con sólo gestágeno (píldora, implante e inyección depot).

La **segunda categoría** incluida fue la **marca** del anticonceptivo por el que preguntaban.

La **tercera categoría** que incluimos fue el tipo de pregunta realizada y en ésta abrimos un abanico de 9 posibilidades:

1. Cambio anticonceptivo: Pacientes que desean cambiar de método anticonceptivo. Incluye tanto a personas que cambian de vía de administración como a personas que cambian dentro del mismo tipo de anticonceptivo (cambio de píldora anticonceptiva).
2. Contraindicación: Pacientes que desean conocer si el método anticonceptivo posee alguna contraindicación concreta (condición médica o hábito tóxico)
3. Efectividad: Pacientes que usando correctamente el anticonceptivo (no olvidos ni demora) dudan de la efectividad del mismo
4. Efecto adverso: Pacientes que preguntan sobre la posibilidad de que determinados efectos que experimentan sean debidos al uso de anticonceptivo
5. Embarazo: Pacientes que tomando incorrectamente el anticonceptivo (olvidos o demora) desean conocer la posibilidad de embarazo (generalmente las dudas giran en torno a la anticoncepción de urgencia).
6. Información: Información general sobre un anticonceptivo (recetas, indicación de toma, efectos adversos o contraindicaciones).
7. Interacción: Interacción (generalmente medicamentosa) del método anticonceptivo empleado.
8. Menstruación: Pacientes que preguntan acerca de alteraciones menstruales de cualquier índole asociadas a la toma de un anticonceptivo.
9. Posología: Dudas sobre la pauta del anticonceptivo (en relación a olvidos, retraso de toma o semana de descanso).

Cabe resaltar que las categorías se hicieron en base a criterios subjetivos como el patrón de repetición que se observaba en determinadas preguntas.

La categoría de “**Menstruación**” podría haberse incluido dentro de los “**Efectos adversos**” (de sobra es conocido el **spotting intermenstrual** que acompaña la toma de anticonceptivos los primeros meses), sin embargo se decidió mantenerla separada por dos motivos: en primer lugar porque las dudas de esta categoría no podían identificarse con un efecto adverso y en segundo lugar porque la separación permitía incluir bajo el epígrafe de “**Menstruación**” un abanico más amplio de preguntas (como aquellas

acerca de la modificación voluntaria del patrón menstrual al saltarse el período de descanso del anticonceptivo hormonal combinado).

De todos modos a lo largo del trabajo se proporcionan las estadísticas de cada tipo y subtipo de pregunta de modo que los lectores del mismo pueden rehacer las categorías a voluntad si así lo desean.

Una vez que las categorías estaban definidas, la clasificación concreta de cada tipo de pregunta resultó un trabajo complicado. Muchas veces las usuarias no eran claras con respecto a lo que querían saber. Otras veces formulaban varias preguntas seguidas, incluyéndose en este caso en la categoría a la que perteneciera su primera pregunta (o la mayoría de las preguntas formuladas en caso de que fueran más de dos).

La **cuarta categoría** que incluimos fue el subtipo de pregunta, puesto que así podemos llegar a conocer exactamente cuáles son las dudas más frecuentes que plantean las usuarias sobre cada tipo concreto de pregunta.

1. Cambio de anticonceptivo:

- *Cómo iniciar un método anticonceptivo distinto al previo (el previo siempre era la píldora combinada)*
- *Cómo iniciar una nueva píldora distinta a la previa*
- *Diferencias entre píldoras*
- *Consejo sobre un posible cambio de píldora*

2. Efectividad:

- *Tiempo de toma necesario hasta la protección*
- *Tras cambio desde otro método*
- *Durante la semana de descanso*
- *El spotting como elemento que disminuye la efectividad*
- *Pregunta directa sobre la efectividad (p.e. “Querría saber si la píldora anticonceptiva protege del embarazo”)*

3. Embarazo:

- *Ausencia de sangrado (siempre tras toma de AU)*
- *Menstruación alterada*

- *Pregunta directa sobre la posibilidad de embarazo tras uso inconsistente de anticonceptivo*

4. Menstruación:

- *Spotting* (sangrado escaso durante todo el ciclo)
- *Duración prolongada*
- *Duración escasa*
- *Ausencia de menstruación*
- *Menstruación abundante*
- *Alteración del patrón menstrual*
- *Deseo de modificación del patrón menstrual*

5. Posología:

- *Inicio de toma* (en relación a AU o no)
- *Patología* (enfermedades que hayan podido alterar la toma de anticonceptivo como vómitos o diarrea)
- *Olvido de un comprimido* (24 horas o más)
- *Retraso en la toma de un comprimido* (<24 horas)
- *Continuación de la toma del anticonceptivo* (dudas sobre el tiempo de descanso)
- *Orden de toma de píldora dentro del envase*
- *Doble toma*
- *Dejar anticonceptivo*

Los tipos de pregunta restantes (Efecto adverso, Información, Contraindicación o interacción) tenían subtipos según la duda concreta de la usuaria: en efecto adverso el subtipo era el efecto que la usuaria atribuía al anticonceptivo, en contraindicación el hábito tóxico o la condición médica, en interacción el tipo de fármaco y en información el tipo de duda (recetas, efecto adverso, indicación, contraindicación...).

La **quinta categoría** que incluimos fue el **tiempo que la usuaria llevaba usando el anticonceptivo**. Dividimos esta categoría en cuatro posibilidades:

- A : 1 mes o inferior
- B: mayor que 1 mes pero igual o menor que 6 meses

- C: mayor que 6 meses pero igual o menor que 1 año
- D: mayor que 1 año

La **sexta** y última categoría que incluimos únicamente se podía aplicar a las preguntas acerca de Posología y hacía referencia a la **semana en que se había producido el olvido**: primera, segunda o tercera semana.

Llegados a éste punto, la base de datos fue llevada a un estadístico para el análisis de frecuencias. Posteriormente se hizo una búsqueda en PubMed con los términos “Contraceptive” AND “Information” tanto directamente como por términos MeSH. Los resultados se filtraron para que sólo constaran estudios en humanos de los últimos 5 años. De los artículos que cumplían estos criterios únicamente se incluyeron aquellos que tenían “Abstract” o “Full Text” disponibles.

RESULTADOS

El análisis pormenorizado de la base de datos obtuvo gran cantidad de información que pasamos a desglosar a continuación:

- Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	3	0,7
H	32	6,9
M	426	92,4
Total	461	100,0

Pese a que en la encuesta del grupo DAPHNE 2011 parece claro que la anticoncepción se encuentra en España en el manos del sector masculino (el preservativo sigue siendo el método anticonceptivo predilecto con un 35.6% del total), las preguntas acerca de la contracepción corresponden casi en su totalidad a las **mujeres**. A ellas podemos atribuir el **92.4%** de las preguntas de la base de datos, y éste número puede incrementarse

puesto que aunque 3 personas no categorizan su género (0.7 %), por sus preguntas podemos deducir que también son mujeres.

- Edad

Los datos sobre la edad parecen más concordantes con la noción que se tiene sobre la anticoncepción en España.

La **media** de edad es de **26.9 ±8.49 años**. Si desglosamos porcentajes individuales las mujeres de **24 años** corresponden al **7.4%** de la muestra seguidas por las de **19 años (7.2 %)** y **21 años (6.5%)**.

El rango de edad entre los **20 y los 29 años** de edad (ambos incluidos) aglutina un **49,8%** de las preguntas. Esto parece lógico puesto que ya en los estudios del grupo DAPHNE se objetiva que las mujeres entre 20 y 29 años son las que más uso hacen de la anticoncepción (tasas específicas de no uso de método anticonceptivo del 14.7-17% frente al 24.8% global). En los sectores de edad considerados como de “alto riesgo” por el estudio del grupo DAPHNE (por las altas tasas de no uso de método anticonceptivo y los consiguientes embarazos no deseados) obtenemos cifras dispares. Al rango de edad entre los **14 y los 19 años** (ambos incluidos) le corresponde un **19.9%** de las preguntas mientras que a las mujeres de **45 años o más** le corresponde un **4.3%**. Estos datos pueden estar sesgados por la mayor facilidad de acceso y uso de la tecnología de la gente de menor edad.

- Procedencia

Las **españolas** formulan un **87.9%** de las preguntas. Dentro de las extranjeras la procedencia más común es Latinoamérica con un 12.5% de las preguntas (esto se puede explicar por el uso de idioma común).

Dentro de España las provincias de donde proceden más preguntas Madrid con un 16% y Sevilla con un 6.3% de las preguntas.

Dentro de América los países de procedencia más común son Chile y México con un 2.6% de preguntas cada uno.

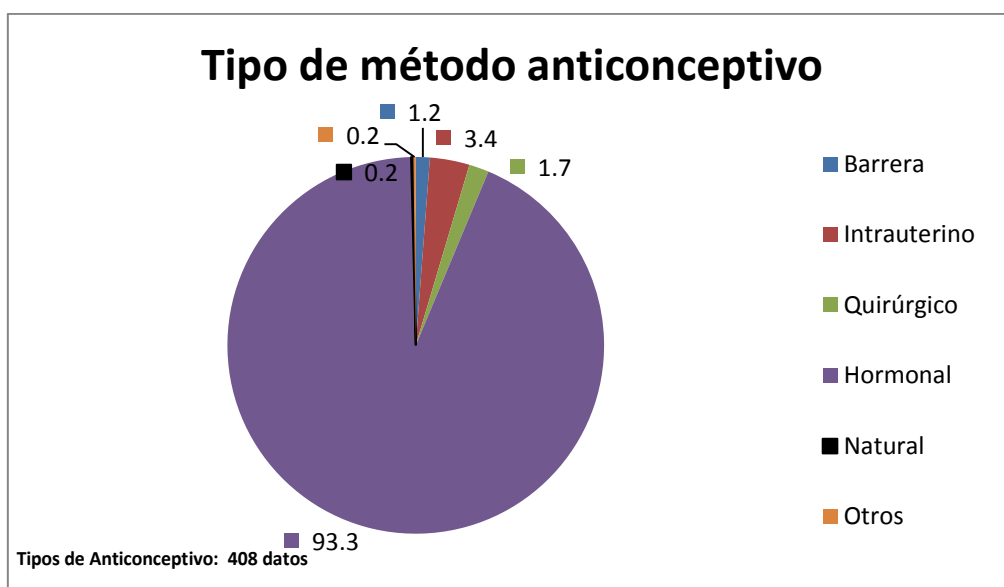
- Tipo de anticonceptivo

Un **2.8%** de preguntas no tratan sobre un anticonceptivo concreto sino que solicitan **consejo anticonceptivo en general**.

Un **15.9%** de las preguntas son acerca de la **anticoncepción de emergencia**. Si bien la anticoncepción de emergencia evita el embarazo no deseado cuando ha fallado o no se ha utilizado otro método anticonceptivo, su uso no debería de ser continuado por motivos de efectividad y por ello más que un método anticonceptivo debe de considerarse un último recurso para evitar el embarazo no deseado.

Por considerarse que no cumplían criterios, se extrajeron del grupo para el análisis del tipo de anticonceptivo tanto las mujeres que demandan consejo general como las que preguntan sobre la contracepción de emergencia.

Los claros ganadores en cuanto al método anticonceptivo son los **métodos hormonales**, quienes aglutinan un **93.3%** de las preguntas pese a que sólo son usados por un 22% de la población (según el estudio Daphne 2011, incluyendo todas las vías de administración y excluyendo el doble método). En segundo lugar entra el **dispositivo intrauterino** con un **3.4%** de las dudas.

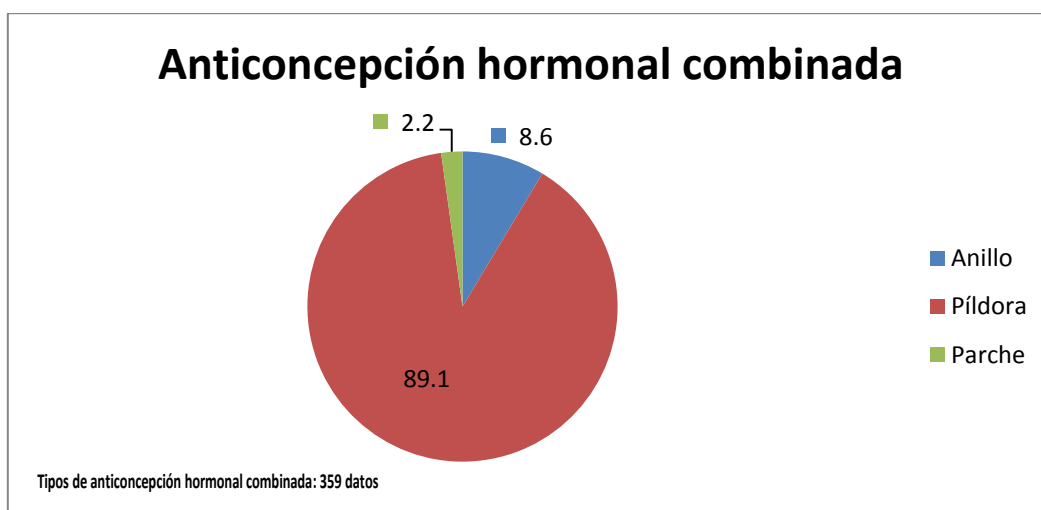


Pese a ser el método anticonceptivo mayoritario, el **preservativo** (dentro de los métodos de barrera) sólo plantea dudas en un **1.2%** probablemente por su facilidad de uso. Las

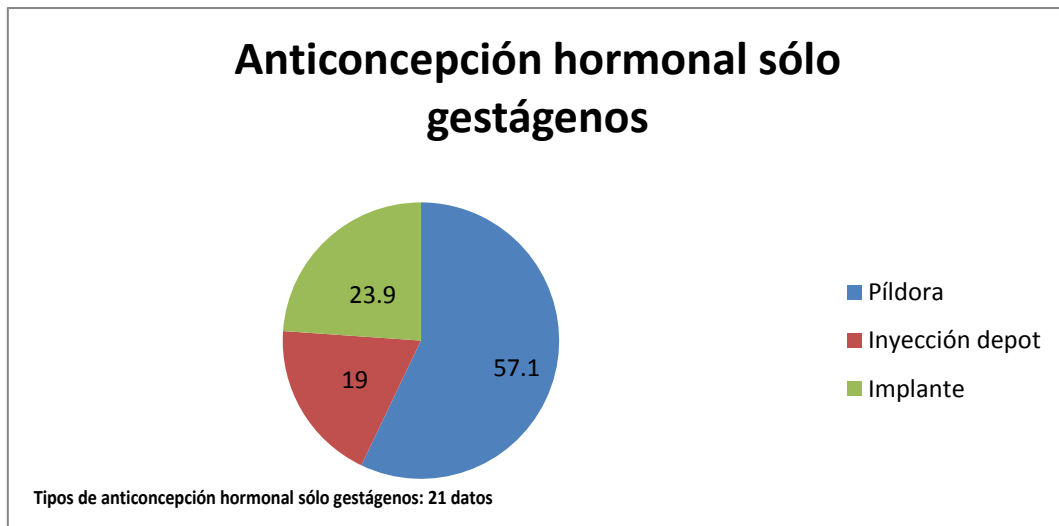
preguntas formuladas sobre el preservativo son acerca de posibilidad de embarazo por rotura del mismo y alternativas ante alergia al látex.

Si cogemos únicamente los preguntas sobre anticoncepción hormonal un sorprendente **93.2%** corresponde a dudas sobre **anticoncepción combinada** frente al 6.8% de anticoncepción sólo gestágenos (no se ha incluido el DIU Mirena), pese a ser éstos últimos más novedosos.

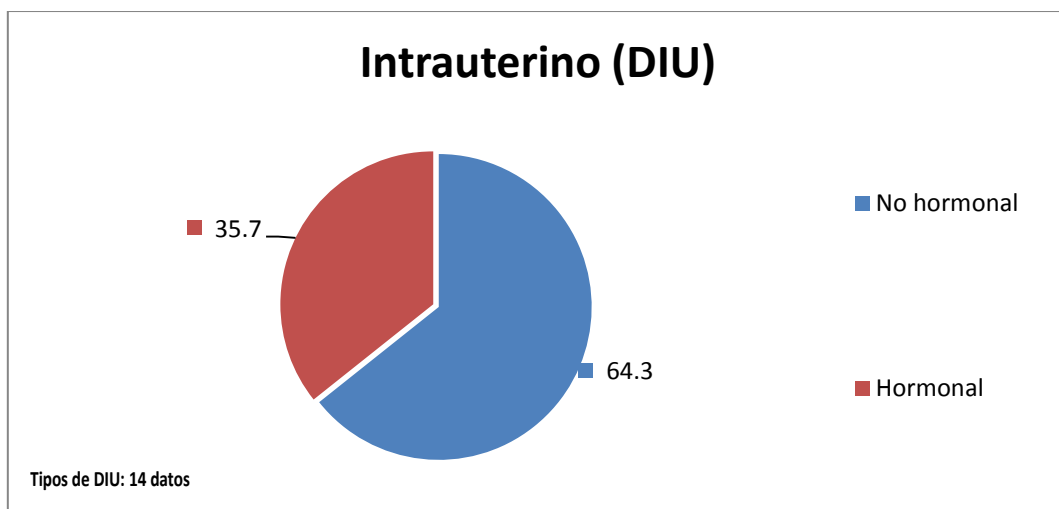
A su vez dentro de la anticoncepción hormonal combinada un **89.1%** de las dudas se refieren a la administración por **vía oral**. Esto se puede explicar por la mayor dependencia de la usuaria en la vía oral frente a la vía vaginal o transdérmica, puesto que una gran parte de las preguntas van referidas a la posología.



¿Y qué ocurre si cogemos únicamente la **anticoncepción hormonal sólo gestágenos**? Como demuestra la figura inferior en este caso existe un poco más de compensación entre las distintas vías de administración aunque siguen predominando las dudas sobre la **vía oral (57.1%)**.



En el caso del DIU las dudas suelen ir más referidas al **DIU no hormonal (64.3%)** que al DIU hormonal. Una explicación plausible para esto radica en que el DIU Mirena es en muchos casos de colocación hospitalaria (por el elevado precio del dispositivo) y la información que se proporciona a la paciente es más completa en cuanto a efectos secundarios esperables o recambio del mismo.



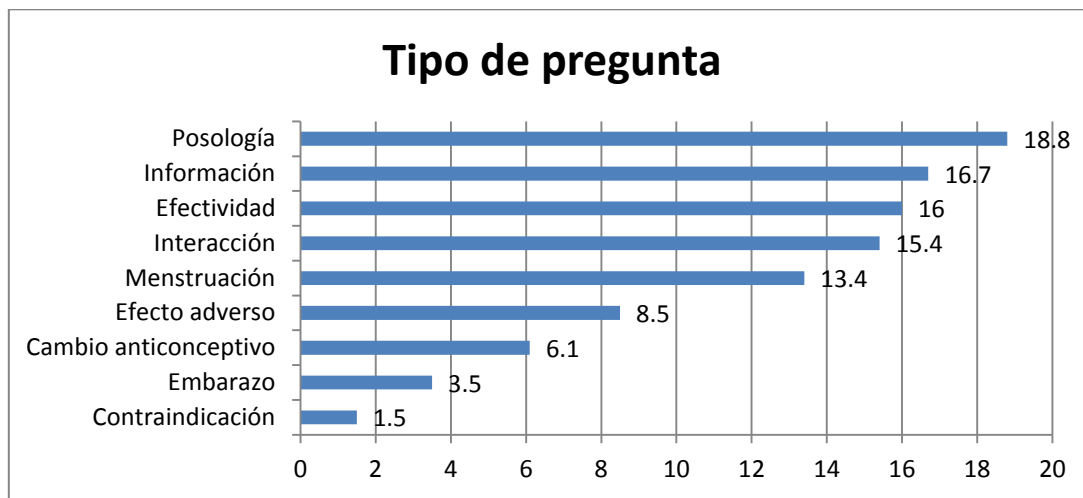
- Marca de anticonceptivo

El anticonceptivo sobre el que más se pregunta es la píldora combinada.

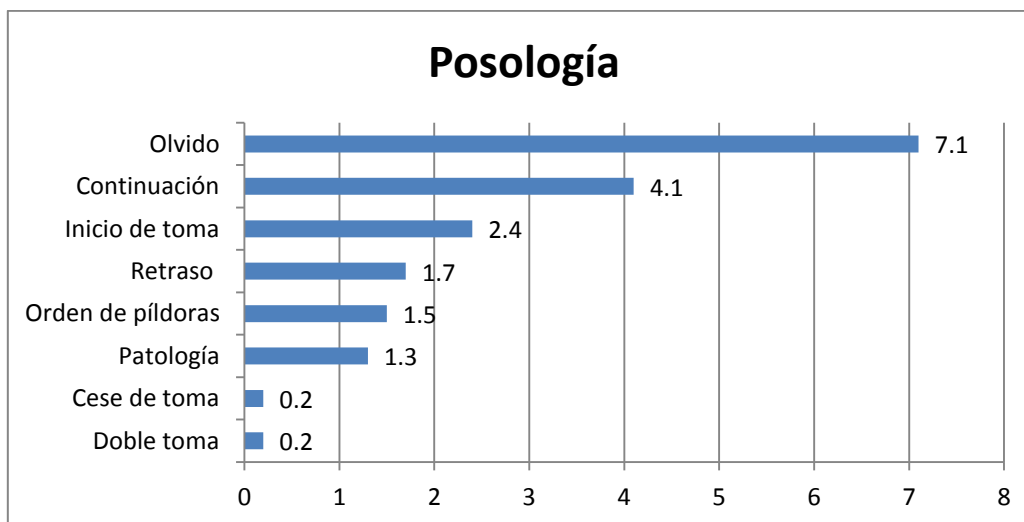
Existe un 31.8% de usuarias que no mencionan la marca del anticonceptivo. Dentro de las que sí lo hacen las marcas financiadas por el Sistema Nacional de Salud son las que presentan mayores dudas, concretamente **Dretinelle (8%)** seguido por **Dretine (6.9%)**. Irónicamente el mayor miedo de las usuarias de dichas marcas (y por tanto las preguntas que formulan sobre ellas) radica en que al ser más baratas la **efectividad** sea menor que

la de las marcas no financiadas. Observamos así lo que parece un claro caso de desinformación por parte del profesional que les recomendó el cambio de píldora.

- Tipo y subtipo de pregunta



Las usuarias de la página web centraron casi el **18.8%** de sus preguntas en la **Posología** del anticonceptivo. Si ahondamos un poco más en este aspecto observamos lo referido en la figura de abajo:



Son los **olvidos en la toma (7.1%)** los que más preocupan a las usuarias de anticoncepción. La mayoría de las pacientes refieren haber hecho lo que indica el prospecto pero la amenaza de un posible embarazo no deseado les genera un nivel de ansiedad tal como para obligarlas a buscar una segunda opinión. Lo que resulta más irónico es que un porcentaje no desdeñable de las pacientes que olvidan un comprimido

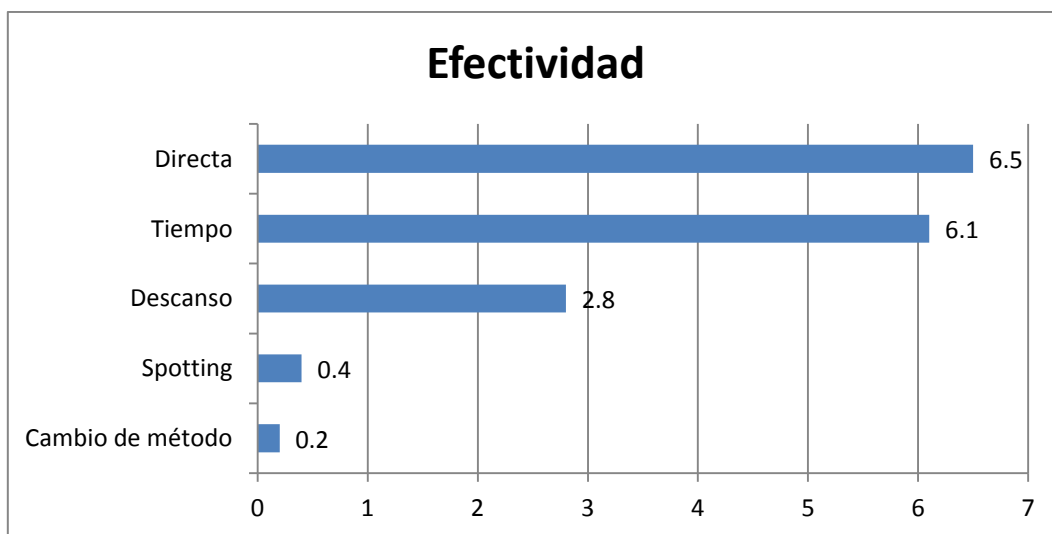
(más o menos correspondiente a un tercio) temen al embarazo **aún en ausencia de relaciones sexuales tras el olvido del comprimido.**

Cómo realizar un **descanso (4.1%)** es algo que también se consulta con frecuencia. La duda preponderante dentro de este grupo corresponde a usuarias que han tomado la píldora más de 21 días que no saben cómo o cuándo hacer el descanso al tiempo que temen que la toma continuada tenga efectos adversos.

El segundo tipo pregunta más frecuentemente formulada es la de la **Información general** con un **16.7%**. Ya se explicó más arriba que los subtipos de esta categoría se realizaron de forma un poco particular. Al haber múltiples posibilidades los resultados porcentuales obtenidos son más pequeños debido a un fenómeno de compartimentación. Lo que sí parece claro es que la **receta de los anticonceptivos** (cuáles son subsidiarios de receta, dónde se consigue la receta o si se pueden comprar en ausencia de la misma) representan la mayoría de las preguntas (**2.2%**) seguidos de la solicitud de información general sobre **efectos adversos** de la píldora combinada (**1.1%**).

Parece increíble que en el momento en el que vivimos aún haya personas que duden de la **efectividad** del método anticonceptivo que toman, y sin embargo hasta el **16%** de las personas que usan adecuadamente la contracepción (casi en su totalidad la píldora combinada) dudan de que la misma prevenga el embarazo.

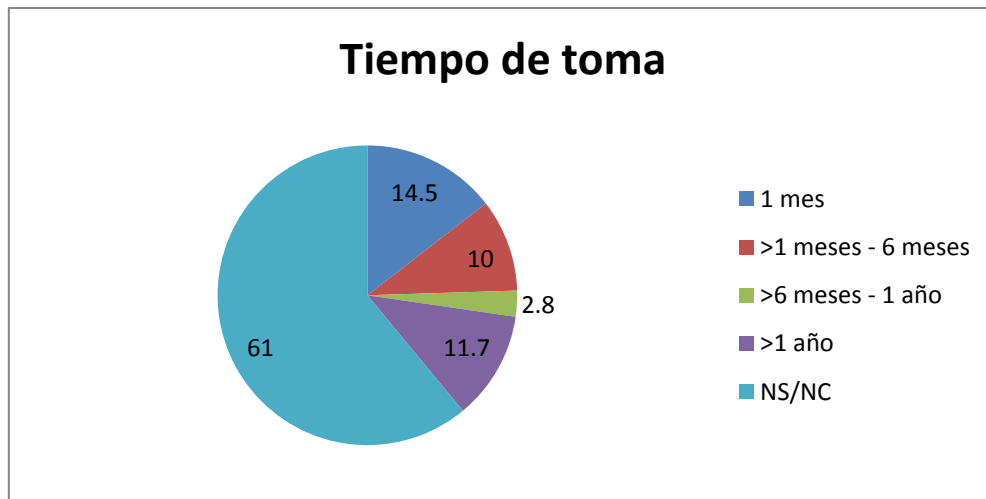
Y lo que es aún peor, la mayoría de las mujeres incluidas en esta categoría lo que realizan es una **pregunta directa (6.5%)** de si, pese a lo que le ha dicho su médico de familia, el método que usan previene **realmente** el embarazo.



El **tiempo necesario de toma** para que haga efecto también es otro factor que genera duda (**6.1%**) aunque de nuevo la mayoría de las usuarias admiten haber recurrido al prospecto y/o información virtual antes de afianzar sus creencias con la segunda opinión de los expertos de la FEC.

Para acabar este apartado y a modo de resumen cabe destacar que las usuarias suelen preguntar predominantemente en el resto de categorías sobre:

- **Interacción con antibióticos (6%)** (**ninguno** de los antibióticos mencionados en la base de datos interactuaba realmente con anticonceptivos) o **antiinflamatorios (2%)**.
- **Ausencia de menstruación (4.5%)** en el período de descanso tomando correctamente el anticonceptivo o **spotting durante todo el mes (4.2%)**.
- **Ganancia de peso (1.5%)** como **efecto adverso** del anticonceptivo (no incluye a mujeres que desean cambiar de píldora porque creen que la que toman actualmente les hace ganar peso puesto que éstas se incluyeron en la categoría de *cambio de anticonceptivo*). Cabe recordar que la ganancia de peso es la razón que aducen 8.2% de las usuarias de la Encuesta del Grupo Daphne 2011 para no tomar anticonceptivos.
- A la hora de **cambiar de anticonceptivo**, las usuarias demandan casi siempre **información sobre las diferencias entre la píldora que toman actualmente y la que van a tomar en un futuro (2.2%)**.
- La posibilidad de **embarazo** por la **ausencia de sangrado tras la toma de anticoncepción de urgencia (0.9%)**.
- La **edad** como **contraindicación** para la toma de anticoncepción combinada, sin asociarse con ninguna condición médica o hábito tóxico (**0.6%**).
- Tiempo de toma



El **61%** de las mujeres **no refieren el tiempo de toma**. Para las pacientes que sí refieren el tiempo de toma encontramos una polarización de modo que las dudas suelen surgir durante el **primer mes de uso (14.5%)** o a partir del **año (10%)**.

En este apartado decidimos cruzar el **tipo de pregunta** con el **tiempo de toma** para obtener información extra que ayude al asesoramiento posterior.

Dentro de las 67 usuarias que referían haber usado el anticonceptivo **1 mes o menos**, la duda más frecuente era acerca de la **efectividad** del anticonceptivo (**38%**). Y dentro de la efectividad, el **tiempo de toma necesario** para la protección contra el embarazo no deseado era el tema predominante.

Dentro de las 46 usuarias que referían haber usado el contraceptivo un tiempo **mayor de 1 mes pero menor o igual a 6 meses** la duda predominante versaba sobre las **alteraciones en la menstruación**. Aquí puede haber un error informativo por parte de los profesionales puesto que, si bien es frecuente que avisemos a las pacientes de que el uso de contracepción hormonal puede asociarse con frecuencia a spotting intermenstrual, muchas veces **no hacemos hincapié en que este fenómeno puede aparecer hasta los 6 meses de toma inicial** con relativa frecuencia.

Tanto en las 13 usuarias que referían una toma **mayor de 6 meses pero menor o igual a 1 año** como en las 54 que llevaban tomando el anticonceptivo **más de 1 año** la pregunta más frecuente era la **posología (33% en las primeras y 22% en las segundas)**. Esto se puede explicar porque la **atención** que prestan las pacientes al iniciar un nuevo anticonceptivo dependiente de usuaria es **mayor al inicio** (producto novedoso, miedo al embarazo no deseado o a los efectos adversos) y se va relajando

conforme va pasando el tiempo. La relajación se asocia con olvidos y con dudas al respecto a medida que se incrementa el tiempo de toma.

- Semana de olvido

	Frecuencia	Porcentaje
Primera	27	5,8
Segunda	5	1,1
Tercera	9	1,9

Este parámetro únicamente se mide en las pacientes que hablan de un olvido o retraso en la toma de anticonceptivo que representan un **9%** aproximado de la muestra total.

La semana en la que más frecuentemente se produce el olvido es la **primera semana (5.8%)** la cual es además la semana de toma más importante para evitar el embarazo no deseado (por la necesidad de tomar 7 comprimidos consecutivos de anticonceptivo para lograr la acción anovulatoria).

DISCUSIÓN

Probablemente dentro de la práctica médica general, el asesoramiento contraceptivo es especialmente difícil de realizar por el importante peso que tiene en el mismo el ámbito sociocultural de las pacientes unido a la presión asistencial a la que se ven sometidos los profesionales de la salud y que impide, en muchos casos, realizar una entrevista clínica o seguimiento en condiciones.

Dentro de la contracepción, el asesoramiento incorrecto tiene implicaciones graves como es que una paciente decline probar un método anticonceptivo seguro y beneficioso para ella o que lo deje en cuanto experimenta un efecto adverso común del que no ha sido advertida. El estudio *“Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women”* (Clark LR, Contraception) comenta a este respecto que existe una gran preocupación en la

población adolescente (medida a través de cuestionarios clínicos) acerca de las típicas alteraciones menstruales que aparecen con la toma inicial de un anticonceptivo hormonal, y esta preocupación puede justificar incluso que se nieguen a iniciar la toma.

El vencer las resistencias previas y las creencias erróneas acerca del método anticonceptivo debería de ser una de las misiones del facultativo puesto que puede favorecer así que las pacientes usen la mejor alternativa disponible (en “*Adolescents and the contraceptive pill: the impact of beliefs on intentions and use*” Moore objetiva que las creencias previas acerca del método anticonceptivo condicionan tanto la intención de iniciar la contracepción hormonal como su uso final tras un año de seguimiento).

La era tecnológica en la que vivimos puede otorgarnos ventaja a la hora de llegar a la población de menor edad (considerada como “de riesgo” para el embarazo no deseado). El disponer de un instrumento de respuesta inmediata como es la página de consulta virtual puede ayudar a mujeres jóvenes no sólo a resolver dudas y disminuir los niveles de ansiedad acompañantes (como se demuestra en “*Using chat and text technologies to answer sexual and reproductive health questions: planned parenthood pilot study*” Giorgio MM) sino a educarlas con respecto a la contracepción. El anonimato que otorga la página web es valioso para llegar a aquellas personas que no se atreven o no pueden, por condiciones familiares, acudir a una consulta cara a cara. En “*Randomized controlled trial of a computer-based module to improve contraceptive method choice*” Gabers pone de relieve que en una población de 2231 mujeres a estudio (predominantemente latinas y de bajo nivel socioeconómico) a las que se les permitió escoger su método anticonceptivo predilecto a través de un módulo informático hubo una mayor elección de método anticonceptivo efectivo y adecuado a las necesidades (más incluso si se complementaba la elección posteriormente con folletos informativos tanto genéricos como específicos).

Resulta por tanto lógico pensar que la página de preguntas de la Sociedad Española de Contracepción es una plataforma poderosa para la educación en materia de contracepción, pero hemos de tener en cuenta que es subsidiaria de mejoras.

A la hora de realizar la consulta virtual por parte de usuarias de anticoncepción deberían incluirse casillas igual que existen las de *sexo, edad, tipo de pregunta o procedencia* con el *tipo de anticonceptivo que usan actualmente y el tiempo que llevan usándolo, el anticonceptivo por el que preguntan, la fecha de su última regla* o si tienen una fórmula

menstrual regular. Todo debería hacerse en forma de preguntas sencillas y asequibles que puedan ser entendidas por la población usuaria de la página (p. e. para preguntar si la fórmula menstrual es regular suele resultar útil y comprensible la pregunta “¿Suele venirle la regla una vez al mes?”). Incrementar el número de datos que se piden al usuario tiene un doble objetivo: En primer lugar, con más datos se logra una mejor asesoría del problema; en segundo lugar, cuantos más datos se tienen, el análisis posterior que se puede realizar resulta mucho más exhaustivo y permite incidir más específicamente sobre las lagunas de conocimiento de la población.

A mayores y a modo de recomendación personal, se debería incluir en la Web una sección de “Preguntas más frecuentes” dentro del propio apartado de “No te quedes con la duda”, visible y de fácil acceso para todos los usuarios. En dicho apartado se podría dar respuesta a las dudas más frecuentes que se extraen de este trabajo de una forma sencilla y comprensible, evitándole a gran parte de las usuarias la necesidad de consultar. Podrían clasificarse por *tipo de anticonceptivo* puesto que resulta de fácil acceso para las usuarias y deberían hacerse con un lenguaje y contenido asequible para toda la población, centrado especialmente en resolver dudas frecuentes con seguridad y disminuir el nivel de ansiedad. Adjunto como ejemplo las figuras inferiores. El texto azul y subrayado pretende representar hipervínculos que dirigen a distintas figuras (permiten elegir el tipo de píldora, número de olvidos, etc) para facilitar que la paciente pueda consultar las preguntas más frecuentes en forma de pequeño cuestionario personalizado.

¿Qué hacer si me olvido un comprimido?



¿Qué píldora estoy tomando?

Azalia o Cerazet



Cualquier otro
(con estrógenos y gestágenos)

¿Qué hacer si me olvido un comprimido?



Estoy tomando una píldora distinta a Azalia o Cerazet

Si sólo se me ha olvidado **1 comprimido** no pasa nada.
Me tomare la píldora inmediatamente y continuaré con el
resto de la caja



Si se me han olvidado dos comprimidos...

¿Qué hacer si me olvido un comprimido?

Estoy tomando una píldora distinta a Azalia o Cerazet
y se me han olvidado dos comprimidos



No he mantenido relaciones sexuales sin protección

He mantenido relaciones sexuales sin protección

¿Qué hacer si me olvido un comprimido?

Estoy tomando una píldora distinta a Azalia o Cerazet
se me han olvidado dos comprimidos y no he mantenido relaciones
sexuales sin protección



1. Tengo que **tomarme el último comprimido olvidado inmediatamente** y seguir tomando el resto de pastillas
2. Además, tengo que **usar otro método anticonceptivo los primeros 7 días tras el olvido** (por ejemplo preservativo)

¿Qué hacer si me olvido un comprimido?

Estoy tomando una píldora distinta a Azalia o Cerazet
se me han olvidado dos comprimidos y he mantenido relaciones
sexuales sin protección



1. Tengo que **tomarme el último comprimido olvidado inmediatamente** y seguir tomando el resto de pastillas
2. Además, tengo que **usar otro método anticonceptivo los primeros 7 días tras el olvido** (por ejemplo preservativo)



Además

¿Qué hacer si me olvido un comprimido?

Estoy tomando una píldora distinta a Azalia o Cerazet
se me han olvidado dos comprimidos y he mantenido relaciones
sexuales sin protección



Primera semana

Tengo que tomarme la **píldora del día después**

Segunda semana

No tengo que hacer nada más

Tercera semana

Tengo que empezar una nueva caja **sin hacer los 7 días de descanso**

(descansaré cuando acabe los 21 comprimidos de la segunda caja)



CONCLUSIONES

La educación en anticoncepción es un elemento en el que deberíamos incidir con especial ahínco, puesto que, aunque ha mejorado espectacularmente en los últimos años, aún le queda un largo camino por recorrer.

Las páginas Web o sistemas de SMS suponen un avance que pueden mejorar el contacto con sectores especialmente necesitados como pueden ser las adolescentes. El contenido de las mismas ha de ser sencillo y atractivo para favorecer un correcto intercambio de información. Ha de recalcarse sin embargo que en cualquier caso el contacto virtual no sustituye de ninguna forma el contacto con profesionales de la salud, sobre los cuales recae la responsabilidad última de facilitar una decisión informada acerca de la contracepción.

BIBLIOGRAFÍA

- Encuesta Grupo DAPHNE 2011
- “Measuring Oral Contraceptive Knowledge: A Review of Research Findings and Limitations” *Stidham Hall K*. Patient Educ Couns. 2010 December ; 81(3): 388–394. doi:10.1016/j.pec.2010.10.016.
- “Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women” *Clark LR*. Contraception. 2006 Sep;74(3):214-9. Epub 2006 May 19.
- “Using chat and text technologies to answer sexual and reproductive health questions: planned parenthood pilot study” *Giorgio MM*. J Med Internet Res. 2013 Sep 20;15(9):e203. doi: 10.2196/jmir.2619.
- “Adolescents and the contraceptive pill: the impact of beliefs on intentions and use”. *Moore PJ*. Obstet Gynecol. 1996 Sep;88(3 Suppl):48S-56S.
- “Randomized controlled trial of a computer-based module to improve contraceptive method choice”. *Garbers S*. Contraception. 2012 Oct;86(4):383-90. doi: 10.1016/j.contraception.2012.01.013. Epub 2012 Mar 6.
- “Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007” *Dueñas JL*. Contraception. 2011 Jan;83(1):82-7. doi: 10.1016/j.contraception.2010.05.010. Epub 2010 Jun 17.
- Guía Práctica en Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia. SEC.
- Manual de Anticoncepción Oral Combinada. SEC.

- 21 recomendaciones de la IV Conferencia de Consenso. 2012.