Sesión Ginecología-Atención Primaria sobre Planificación familiar

Dr. José Vte. González Navarro
Anticoncepción
Servicio de Ginecología. Hospital Clínico.Universitario “Lozano Blesa”
Sector III. Salud
Zaragoza

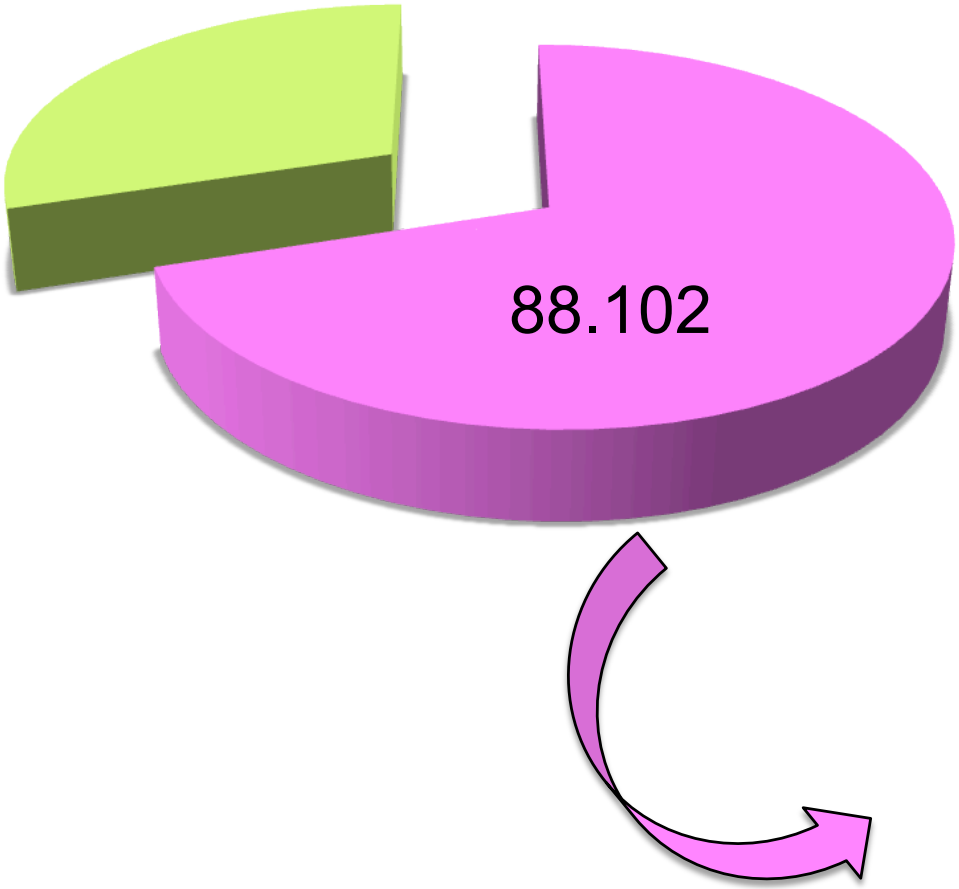
Planificación familiar

Anticoncepción	Evitar el embarazo Distanciar gestaciones
Promoción de salud	Sexualidad Prevención ITS Prevención del cáncer
Fertilidad	Consejo preconcepcional

* Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo (1994)

Planificación familiar

Población femenina **sector III**: 125.861



70%: 20-50 años

Consulta **“anticoncepción”**
C.E.M. “Inocencio Jiménez”

Asesoramiento y atención anticonceptiva

Propuesta

Atención primaria

Mujeres sanas y sin riesgo

Ginecología

Grupos de riesgo
Técnicas invasivas.
Problemas en el uso de anticoncepción

Asesoramiento anticonceptivo

Métodos anticonceptivos

Marco legal

Información equilibrada y objetiva de todos y cada uno de los métodos anticonceptivos que permita, en función de las **características individuales o de pareja, la elección** y adopción del **método más idóneo** para conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva.

Características de la pareja

Política sanitaria

Asesoramiento anticonceptivo

Marco legal

DERECHOS HUMANOS
(Derechos sexuales y reproductivos de las personas,1995)
LEY 41/2002
PRINCIPIOS ÉTICOS: Autonomía, Beneficencia y Equidad
LEY DEL MENOR

Políticas sanitarias

6 | HOYARAGÓN

Hospitales y centros de salud dispensarán gratis la píldora postcoital antes de noviembre

Salud espera que no se haga un uso habitual del fármaco y pretende

El medicamento

Cartera de servicios

Asesoramiento anticonceptivo

Necesidades o requerimientos de las parejas

- ✓ **Edad**
- ✓ **Antecedentes** familiares y personales de patología médica y ginecológica
- ✓ **Historia obstétrica**: embarazos, partos y abortos anteriores
- ✓ **Sintomatología clínica:** Beneficios no anticonceptivos
- ✓ **Conocimiento y experiencias anticonceptivas previas**
- ✓ **Motivación:** Distanciar embarazos, maternidad cumplida,
- ✓ **Expectativas hacia el método**
- ✓ Nivel de **comprensión**
- ✓ Tipo de **relación de pareja**
- ✓ **Situación** familiar, laboral, de formación
- ✓ Factores asociados al **cumplimiento**
- ✓ **Situaciones especiales** (discapacidades, inmigración, lactancia,…)

Asesoramiento anticonceptivo

Perfil de la mujer a atender en Atención primaria:

Propuesta

- ✓ **Edad ¿20-45? años**
- ✓ **Antecedentes** Descartados antecedentes que contraindiquen su uso (Criterios elegibilidad)
- ✓ Historia obstétrica: No relevante
- ✓ **Sintomatología clínica:** Asintomática
- ✓ Conocimiento y experiencias anticonceptivas previas
- ✓ Motivación: Distanciar embarazos, maternidad cumplida,
- ✓ Expectativas hacia el método
- ✓ Nivel de comprensión
- ✓ Tipo de relación de pareja
- ✓ Situación familiar, laboral, de formación
- ✓ Factores asociados al cumplimiento
- ✓ **Situaciones especiales** (discapacidades, …) **NO**

Mujer Sana

Asesoramiento anticonceptivo

Métodos anticonceptivos.

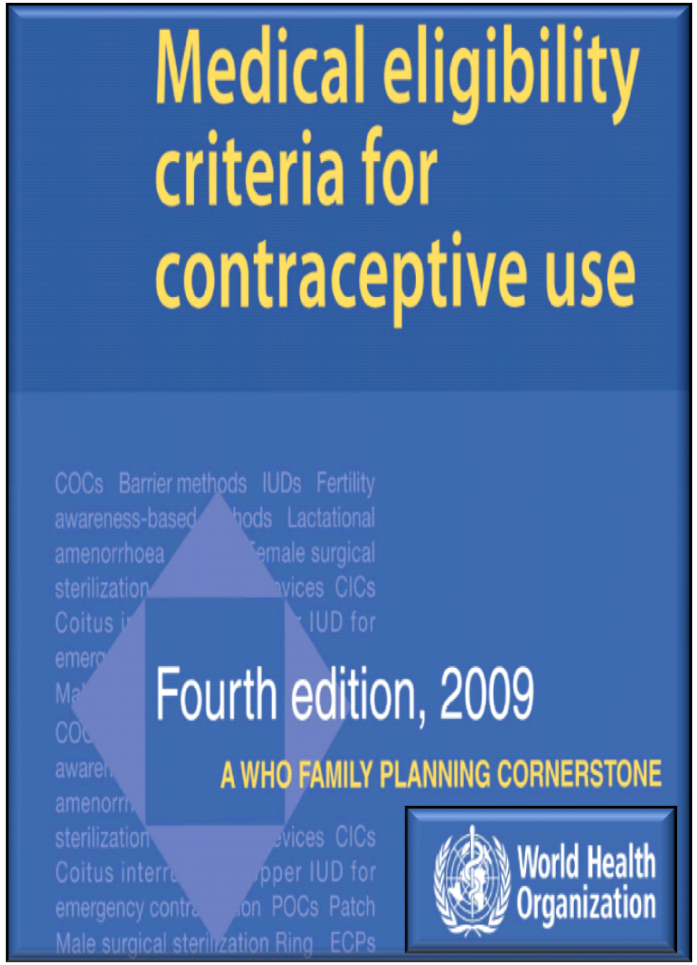
- ✓ **Eficacia;** Índice de Pearl
- ✓ **Seguridad**
- ✓ Tolerabilidad; efectos secundarios
- ✓ Comodidad
- ✓ Dependencia del ciclo
- ✓ Precio
- ✓ Autoaplicable
- ✓ Reversibilidad

Eficacia de los métodos anticonceptivos

	Eficacia teórica	Eficacia real
Coito interrumpido	4	27
Métodos naturales	3-5	25
Espermicidas	18	26
Condón	5	29
Píldora combinada	0.3	8
Parche	0.3	8
Anillo vaginal	0.3	8
Píldora “solo gestágeno”	0.3	3
Gestágeno intramuscular	0.3	0.3
Implante	0.05	0.05
DIU Cobre	0.6	0.6
DIU Levonorgestrel	0.2	0.2
Vasectomia	0.1	0.1
Ligadura de trompas	0.5	0.5

*Porcentaje de gestaciones en el primer año de uso (OMS -Trussell J.-) Índice de Pearl: Tasa fallos por 100 mujeres-año

Seguridad
Recomendaciones en el manejo de la anticoncepción (Criterios elegibildad)



Criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos (OMS, 2009)

- Herramienta de uso en condiciones generales
- No tiene en consideración las situaciones específicas de cada país o región

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf

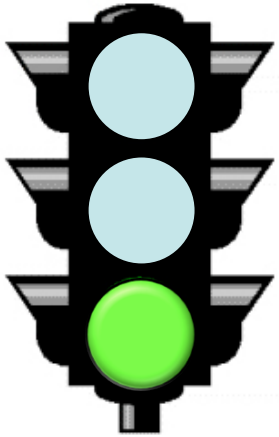
Criterios médicos de eligibilidad de los métodos anticonceptivos (OMS 2009)

Categoría 1.

Condición para la que **no haya restricción para el uso** del método anticonceptivo.

Categoría 2.

Condición donde **las ventajas** del uso del método generalmente **superan a los riesgos** teóricos o probados.

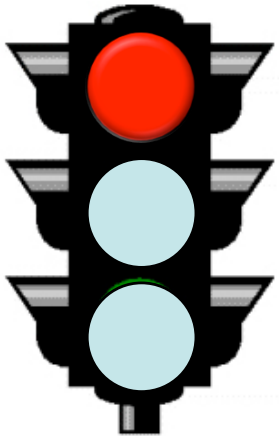


Categoría 3.

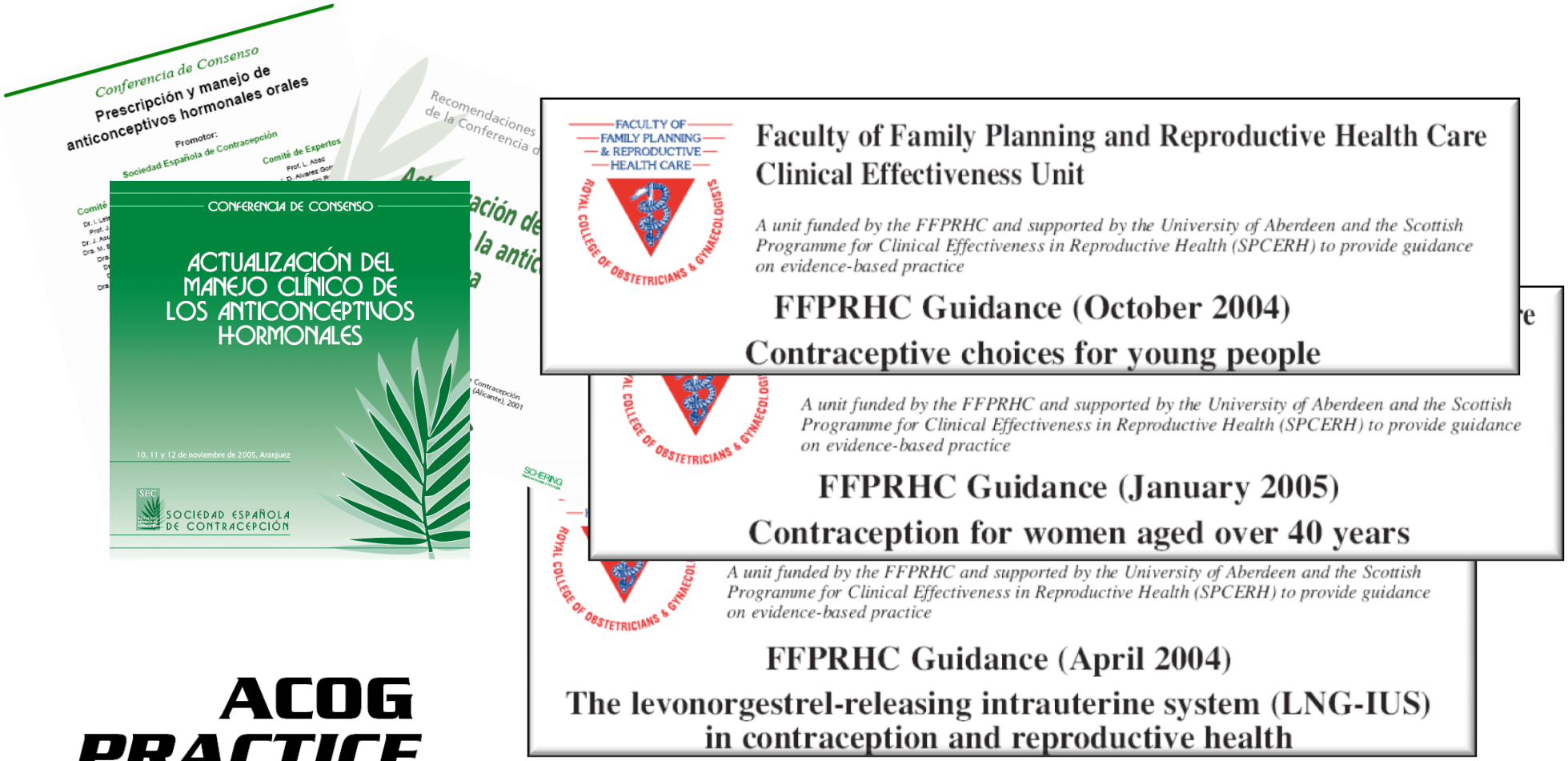
Condición donde **los riesgos** teóricos o probados generalmente **superan a las ventajas** del uso del método.

Categoría 4.

Condición que representa un **riesgo de salud inadmisible** si se utiliza el método anticonceptivo.



Recomendaciones en el manejo de la anticoncepción



ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

Number 73, June 2006

Métodos Anticonceptivos

Métodos reversibles

Métodos no hormonales

- **Métodos de barrera (Preservativo)**
- **Métodos naturales**
- **DIU de cobre**

Métodos hormonales

Doble Método

Combinados

Oral, vaginal, transérmica

Sólo gestagenos

Oral, Intramuscular, subdérmica, intrauterina (DIU-LNG)

Métodos irreversibles

- Vasectomia
- Ligadura trompas
- Oclusión tubárica

Métodos de uso no habitual

Anticoncepción de urgencia

Asesoramiento anticonceptivo

Métodos anticonceptivos a manejar en Atención primaria.

Propuesta

- ✓ Anticoncepción hormomal combinada
  - ➢ Píldora
  - ➢ Anillo vaginal
  - ➢ Parche
- ✓ Anticoncepción hormonal solo gestágenos
  - ➢ Píldora sólo gestágeno
  - ➢ Gestágeno intramuscular

Anticoncepción hormonal combinada

Indicaciones

Contraindicaciones

Riesgos

Beneficios

Anticoncepción hormonal combinada

Estrógeno

Etinilestradiol: 50,35,30,20,15 µg
Valerato de estradiol

Gestágeno

19-Nortestosterona

Levonorgestrel
Gestodeno
Desogestrel
Norgestimato
Dienogest

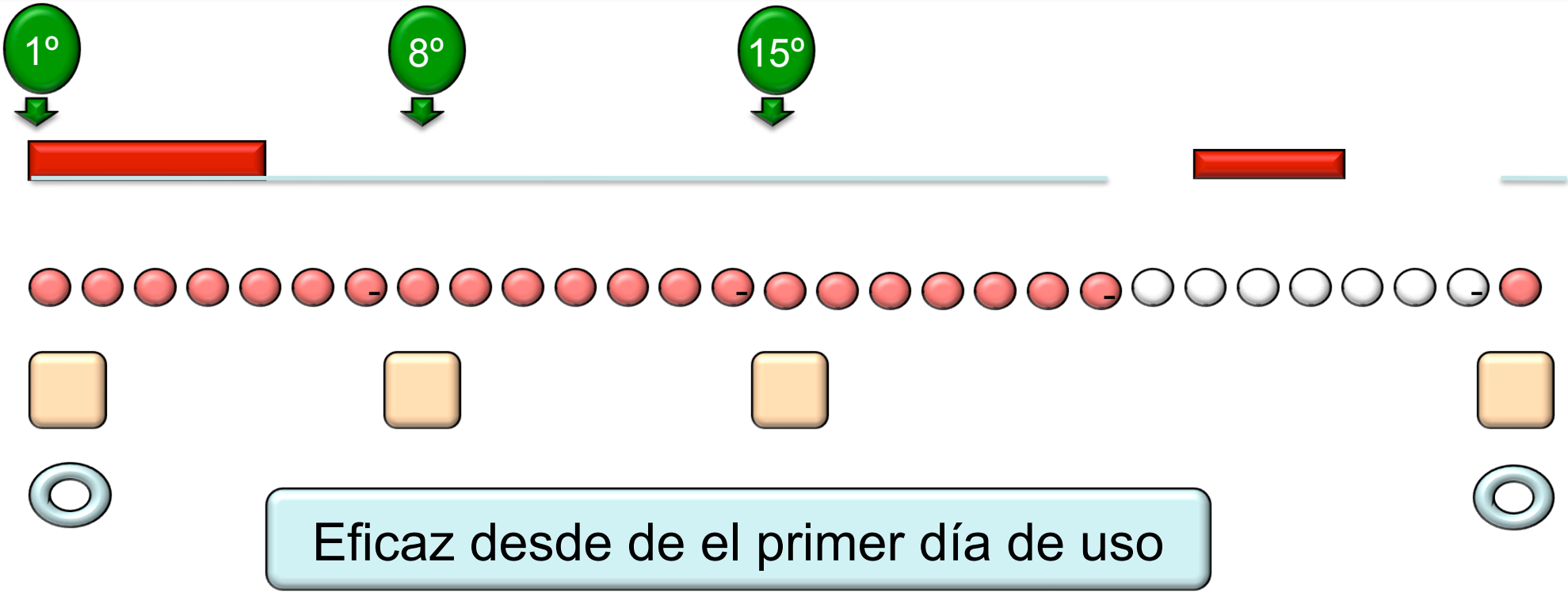
17-Hidroxiprogesterona

Ciproterona
Clormadinona

Espirolactona

Drospirenona

Inicio y uso de la AHC.



Eficaz desde de el primer día de uso

- ”Inicio Inmediato” (Quick start)
- “Iniciar el domingo”(Sundy start)

7 días

Anticoncepción hormonal combinada
Requisitos previos a la prescripción.

Historia clínica

Descartar contraindicaciones (Criterios de elegibilidad)

Informar de:

Riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios

Pruebas complementarias

- ✓ Toma de la tensión arterial
- ✓ Estudio de salud
- ✓ 1ª citología a partir de los tres años de inicio de relaciones sexuales

No es necesario ningún estudio analítico.

Anticoncepción hormonal combinada
Controles posteriores

3-6 meses de uso:

- ✓ Efectos secundarios
- ✓ Reforzar cumplimiento
- ✓ Resolver dudas

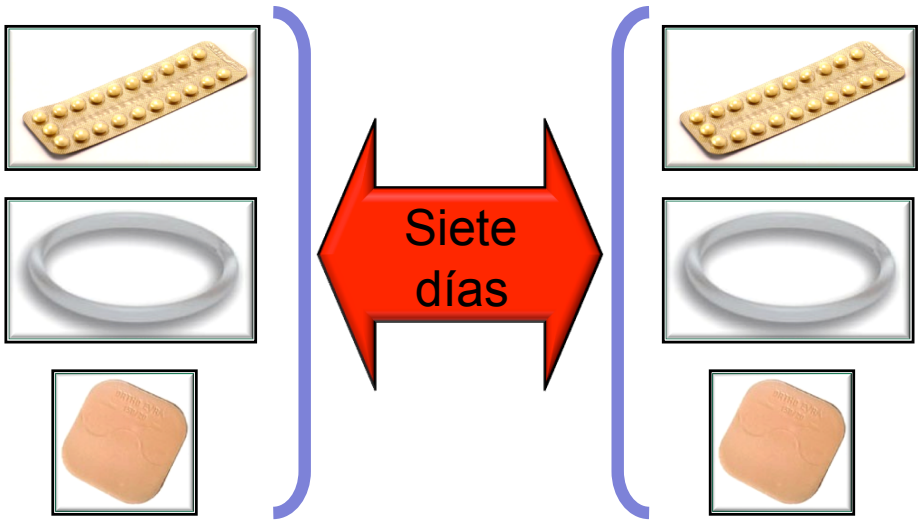
Controles futuros

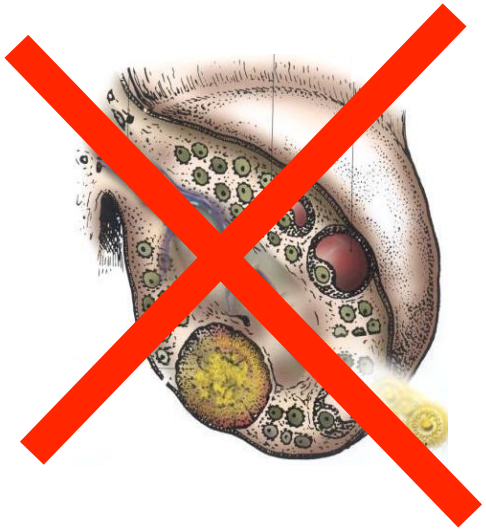
- ✓ Estudio de salud según sus características y riesgos
- ✓ En función de la posible aparición de efectos secundarios

Actuación ante eventualidades durante el uso de AHC

Desviaciones del régimen recomendado

- Se requieren **7 días** continuos de exposición a los AHC para suprimir conseguir una inhibición adecuada del eje HHO y suprimir desarrollo folicular.
- **Lo más importante para preservar la eficacia anticonceptiva es no superar el intervalo libre de toma/uso de 7 días.**





Actuación ante eventualidades durante el uso de AHC

Desviaciones del régimen recomendado.

OLVIDOS

AOC

< 12h

Toma inmediata del comprimido olvidado

Anillo vaginal

< 3h

Inserción inmediata

Parche

< 48 h

Cambio inmediato por un parche nuevo

Seguir con la pauta de uso/toma habitual

No hay disminución de la eficacia anticonceptiva

Actuación ante eventualidades durante el uso de AHC

Desviaciones del régimen recomendado

OLVIDOS

AOC

> 12h

Anillo vaginal

> 3h

Parche

> 48 h

1	2	3	4	5	6	7
8	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*
15	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*
22	*23*	*24*	*25*	*26*	*27*	*28*
29	30	31				

⟹ Retomar método inmediatamente **+** Seguir con la pauta habitual **+** Uso de método AC no hormonal durante 7 días

Riesgo de embarazo: > 7 días sin método / < 7 días de uso continuado

* En anillo vaginal sólo en caso de ausencia de expulsiones previas

Actuación ante eventualidades durante el uso de AHC

Desviaciones del régimen recomendado

OLVIDOS

AOC

> 12h

Anillo vaginal

> 3h

Parche

> 48 h

1	2	3	4	5	6	7
8	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*
15	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*
22	*23*	*24*	*25*	*26*	*27*	*28*
29	30	31				

Inicio inmediato de un nuevo ciclo **+** Uso de método AC no hormonal durante 7 días

Interrupción del ciclo actual **+** Inicio del siguiente ciclo tras 7 días de descanso*

Riesgo de embarazo: > 7 días sin método / < 7 días de uso continuado

* En anillo vaginal sólo en caso de ausencia de expulsiones previas

Manejo clínico de los olvidos de píldora (actualización de la evidencia)

EE: 30-35 µg

Olvido de 1 o 2 píldoras activas

Comienzo nuevo envase 1 ó 2 días más tarde

EE: ≤ 20 µg

Olvido de 1 píldoras activas

Comienzo 1 día más tarde

No necesario anticoncepción adicional o de urgencia

Olvido de 3 ó más píldoras activas

Comienzo nuevo envase 3 días más tarde

Olvido de 2 ó más píldoras activas

Comienzo nuevo envase 2 días más tarde ó mas

Tomar una píldora activa lo antes posible

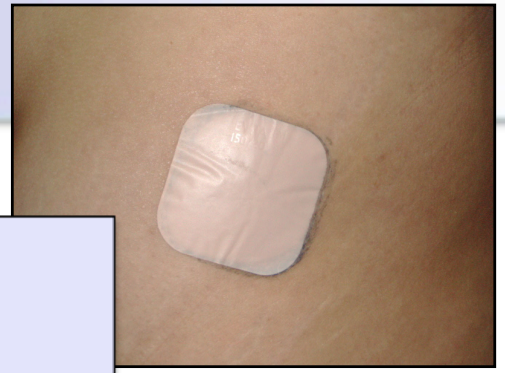
Continuar tomando el resto de píldoras

Anticoncepción adicional durante 7 días

Considerar el uso de anticoncepción de urgencia

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS 2005)

Manejo clínico de las situaciones especiales (Despegamiento del parche)



Menos de 24 horas

Poner un nuevo parche inmediatamente
Mantener el «día de cambio» del parche habitual
No es necesaria anticoncepción adicional.

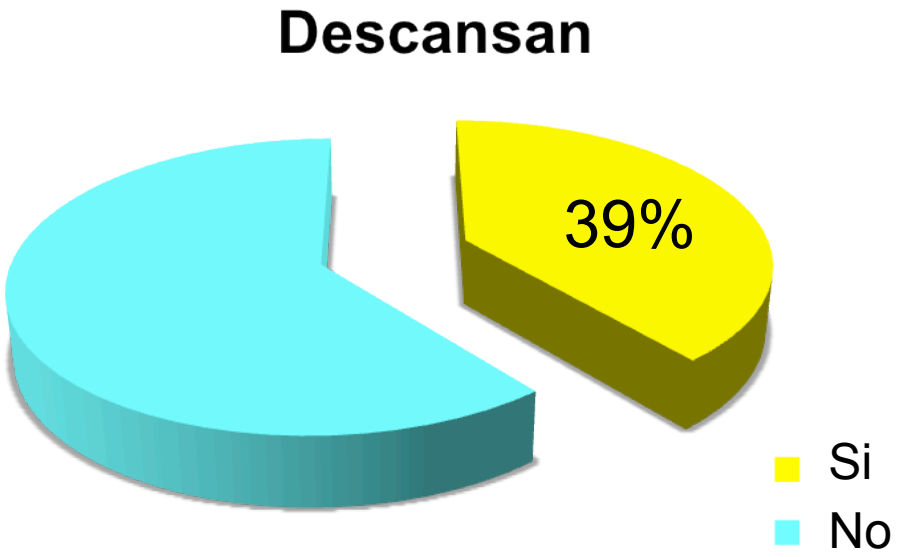
Mas de 24 horas (o desconocido)

Poner un nuevo parche inmediatamente
Comienza un nuevo día de cambio de parche
Comienza un nuevo ciclo de 4 semanas
Método de barrera adicional durante una semana

Vacaciones terapeúticas

¿Cada cuanto se debe recomendar descanso en el uso de AHC?

1. ¿Cada seis meses?
2. ¿Cada año?
3. ¿Cada tres años?
4. ¿Cada cinco años?
5. ¿Cada diez años?



Encuesta Daphne, 2009

Anticoncepción hormonal “sólo gestágeno”

Solo gestágenos

Anticoncepción hormonal “sólo gestágeno”

Estrógeno

Etinilestradiol: 50,35,30,20,15 µg
Valerato de estradiol

Gestágeno

19-Nortestosterona

Desogestrel

17-Hidroxiprogesterona

Ciproterona
Clormadinona
rona

Espirolactona

Drospirenona

Anticoncepción hormonal “sólo gestágeno”

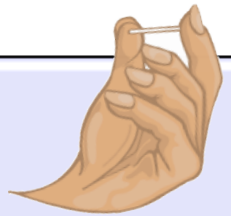
Píldora sólo gestágeno (Cerazet®)

Desogestrel: 75 µg
Toma diaria contínua

Gestágeno intramuscular (Depoprogevera 150®)

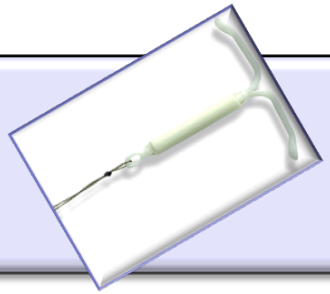
Acetato de medroxiprogesterona: 150 mg
Administración intramuscular cada 12 semanas

Implante subdérmico (Implanon®)



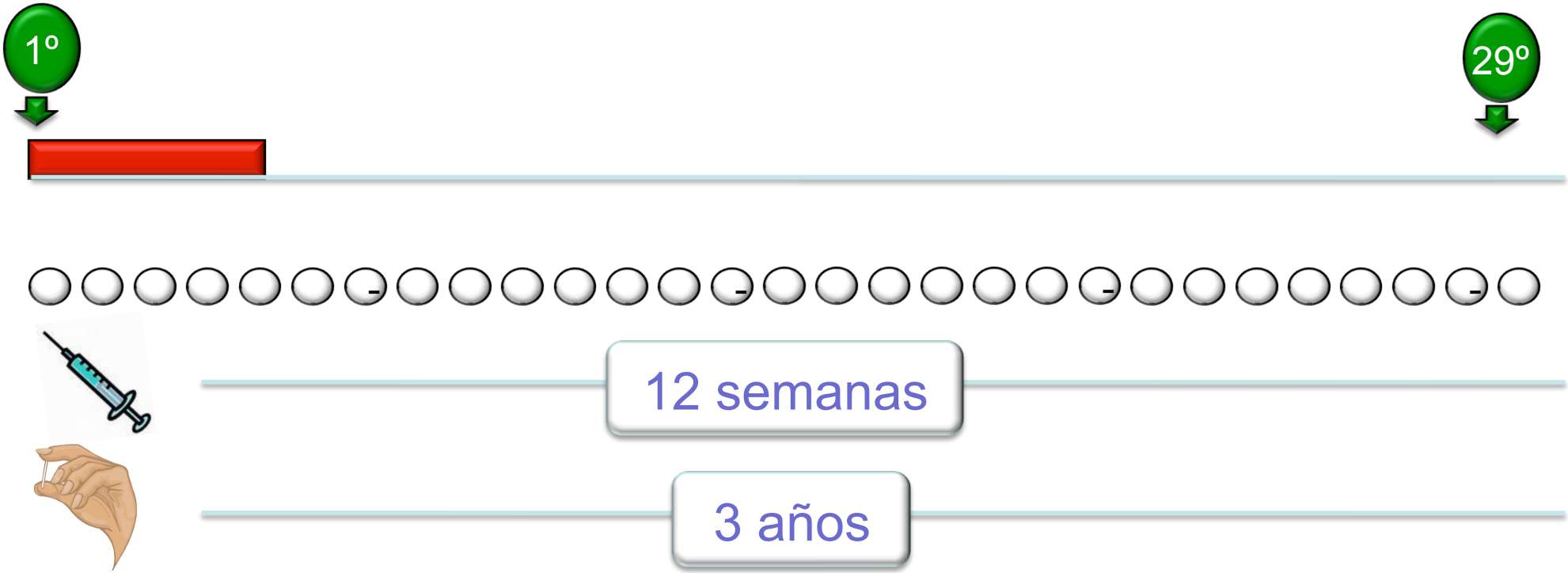
Etonogestrel: 68 mg
Tres años de uso

DIU hormonado (Mirena®)



Levonorgestrel: 52 mg
Cinco años

Inicio de la anticoncepción “sólo gestágeno”



- Primer día del ciclo
- Inicio Inmediato” -Quick start-
  (Descartada gestación)

7 días

Anticoncepción hormonal "solo gestágenos" Requisitos previos a la prescripción.

Historia clínica

Descartar contraindicaciones (Criterios de elegibilidad)

Informar de:

Riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios
Patrón de sangrado

Pruebas complementarias

- ✓ Estudio de salud
- ✓ 1ª citología a partir de los tres años de inicio de relaciones sexuales

No es necesario ningún estudio analítico.

Anticoncepción hormonal "sólo gestágenos" Controles posteriores

3-6 meses de uso:

- ✓Efectos secundarios
- ✓ Reforzar cumplimiento
- ✓ Resolver dudas

Controles futuros

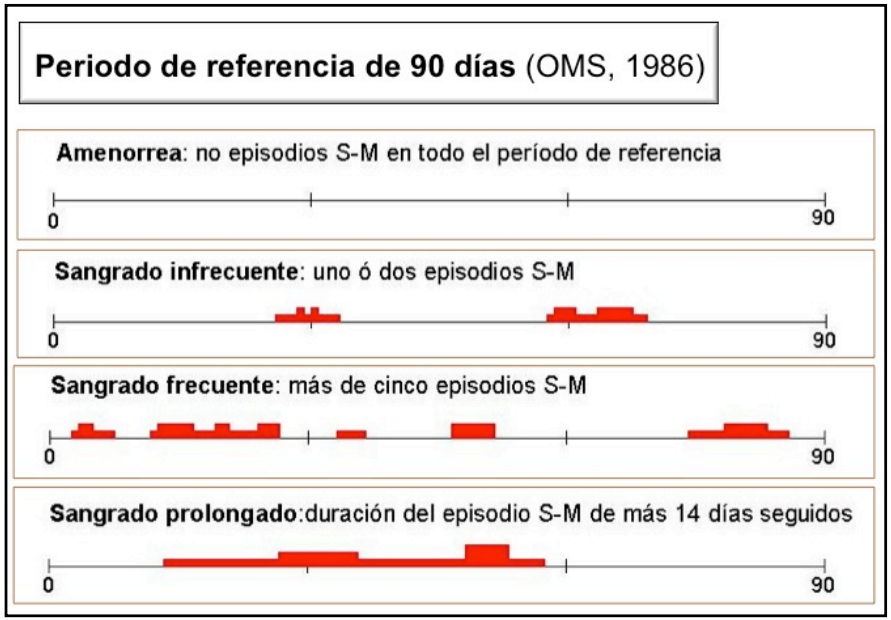
- ✓ Estudio de salud según sus características y riesgos
- ✓ En función de la posible aparición de efectos secundarios
- ✓ Implante: Citar para su retirada (tres años)

Anticoncepción hormonal “sólo gestágeno”

Ventajas

Mujeres que presenten contraindicación al uso de estrógenos:

- ✧Lactantes.
- ✧Fumadoras > 35 años.
- ✧TEV/TEP
- ✧……..



Inconvenientes

Patrón de sangrado impredecible.

Anticoncepción hormonal “sólo gestágeno”

Indicaciones

- ✓ Cualquier mujer que cumpla los criterios de elegibilidad y acepte el patrón de sangrado.

- ✓ Mujeres que con contraindicación al uso de estrógenos

Anticoncepción hormonal.
Interacciones medicamentosas

Condición	AHC	PSG	AMDP	Implante	DIU-LNG
Anticonvulsivantes (Fenitoina, Carbamacepina, Barbituricos, Primidona, Topiramato, Oxcarbacepina	3	3	1	2	1
Lamotrigina	3	3	1	1	1
Antibióticos					
Antibioticos de amplio espectro	1	1	1	1	1
Rinfampicina	3	3	1	2	1

Médical elegibility criteria for contraceptive use, 2009.