



Planificación familiar

Generalidades

La anticoncepción es definida como “la prevención de la concepción o embarazo”. La planificación familiar ha dejado de ser un método de control de la natalidad y se ha incorporado en la vida cotidiana como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Existen importantes brechas en la política de género en nuestros países, que deben ser explicitadas, asumidas y discutidas.

Un 85% de mujeres sin método anticonceptivo se embaraza. Existe la probabilidad de concepción del 15% al 33% en cada ciclo menstrual, dependiendo de la frecuencia de las relaciones sexuales.

Un óvulo puede ser fertilizado 12 a 24 horas después de la ovulación; los espermatozoides permanecen viables durante 3 días después del coito. El período más fértil de la mujer inicia tres días antes de la ovulación y termina 24 horas después de esta.

El paradigma médico vigente promueve una consulta centrada en aspectos biomédicos, el control de la natalidad y con una responsabilidad de anticoncepción que recae sobre la mujer. La consulta de planificación familiar, debe ser un escenario para promover el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos o tener cercanía con aspectos de la dinámica familiar, así como identificar los casos de violencia intrafamiliar (1).

La historia clínica debe recoger los aspectos obstétricos, detección de contraindicaciones para un método, la prescripción de un método de anticoncepción, y la exploración de factores sobre la elección de un método; así como aspectos de la conducta sexual de la paciente, su salud reproductiva, sus circunstancias sociales y sistemas de creencias relevantes.

El plan educativo debe incluir recomendaciones sobre el uso del condón y protección doble, detección de ETS, profilaxis post-expo-

sición y vacunación contra el virus de la hepatitis B y papilomavirus humano, tomando en cuenta inicio o no de relaciones sexuales y número de parejas; lo que comúnmente mal denominados conductas sexuales de riesgo.

Anamnesis

- Evaluar frecuencia de encuentros sexuales, riesgo del método, método de barrera, éxito o fracaso del método anterior.
- Antecedentes de migraña, insuficiencia venosa o tromboembolia.

Examen físico

- Examen de mama en mujeres con riesgo de Ca de mama
- Presión arterial
- Buscar soplos cardíacos. Si la mujer tiene antecedentes o se sospecha la existencia de valvulopatías cardiacas, está contraindicado el uso de dispositivos intrauterinos
- Se debe buscar signos de enfermedades de transmisión sexual, anormalidades cervicales y del útero

Laboratorio

- Colesterol, TG, HDL, LDL
- Hto, Hb
- Papanicolaou
- Búsqueda activa de clamidia y gonorrea
- ALT, AST, VDRL, VIH y otras ETS según el riesgo.

Métodos anticonceptivos

Anticonceptivos Orales

La eficacia y seguridad de los anticonceptivos hormonales no ha podido ser superada por otros métodos.

Los anticonceptivos orales (tabla1) que contienen 0,02-0,05mg de etinil estradiol, parche transdérmico, y el anillo vaginal tienen igual eficacia. Las mujeres con sobrepeso requieren dosis de 0,05mg de etinil estradiol.

Los anticonceptivos orales pueden ser clasificados como:

- Monofásicos: dosis fija de estrógeno y progestágeno, las píldoras monofásicas deben ser considerados como agentes de primera línea.
- Bifásicos: la dosis de estrógenos y progestágenos cambia a partir de la primera semana
- Trifásicos: combinaciones variables a lo largo del ciclo.

Estos preparados reducen el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio.

Tabla 1. Anticonceptivos orales

Anticonceptivos orales combinados	Comercial
Etinilestradiol 0,03mg, Levonorgestrel 0,15mg	Microgynon
Etinilestradiol 0,03mg, Drospirenona 3mg	Yasmin, Ilimit
Etinilestradiol 0,03/0,02mg, Clormadinona 2mg	Belara
Etinilestradiol 0,02mg, Gestodeno 0,075mg	Gynovin
Anticoncepción oral de emergencia	
Levonorgestrel 0,75mg	TACE
Levonorgestrel 0,75mg o 1,5mg	Glanique
Varios comprimidos hasta sumar 0,75mg de levonorgestrel (dos dosis)	Método Yuzpe

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Modalidades de inicio del anticonceptivo oral

- Inicio rápido: tan pronto sea recetado
- Inicio primer día: primer día de la menstruación
- Inicio domingo: el primer domingo después del inicio de la menstruación

Las modalidades de inicio no presentan diferencias en su eficacia anticonceptiva.

Las molestias como: dolor de mamas, cefalea, náusea, ceden si toma el anticonceptivo con la comida o antes de acostarse o si se cambia por un fármaco libre de estrógenos; sangrado por disrupción en los 3 primeros meses, amerita seguimiento, y elevar la potencia de progestágeno, cambiar de generación del anticonceptivo, o aumentar estrógenos (2).

Los anticonceptivos orales "NO" deben utilizarse en mujeres con enfermedad cardiovascular, mayores de 35 años, en quienes fuman, más de 14 cigarrillos por día, o mujeres con antecedentes de migraña. (Tabla 2)

Tabla 2. Efectos cardiovasculares indeseables de los anticonceptivos orales

Efectos Adversos	Frecuencia(Mujeres/año)
Accidente Cerebrovascular	1 / 24.00
Infarto de Miocardio	1.5 / 10.000
Tromboembolia Venosa	1.5 / 10.000

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

En pacientes con amenorrea, primero debemos descartar embarazo, luego utilizar un progestágeno más potente, o una píldora trifásica.

Anticonceptivos inyectables

Tabla 3. Anticonceptivos inyectables

Anticonceptivos inyectables	Comercial
Valerato de Estradiol 5mg, enantato de noretisterona 50mg	Mesigyna
Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150mg, enantato de estradiol 10mg	Topasel
Medroxiprogesterona 25mg, Estradiol 5mg	Cyclofemina
Acetofénido de algestona 150mg, enantato de estradiol 10mg	Perludil
Progestágenos solos	
Levonorgestrel 0,03mg	Microlut
Desogestrel 0,075mg	Cerazette
Linestrenol 0,5mg	Exluton
Acetato de medroxiprogesterona 150mg	Depoprovera

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Depoprovera se usa frecuentemente en el posparto, porque no contiene estrógeno. Los anticonceptivos con estrógeno pueden disminuir la producción de leche materna e incrementar el riesgo de trombosis venosa profunda en el puerperio inmediato. Las mujeres son trombofílicas hasta seis semanas posparto.

Metromenorragia es la complicación más común de Depoprovera, desaparece luego de 3 a 6 meses.

Los progestágenos son de elección en período de lactancia, para evitar los riesgos de los estrógenos.

La anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) se puede considerar hasta 120 horas después del coito sin protección (tabla 1). La anticoncepción de emergencia con T de cobre se puede considerar hasta una semana luego de un encuentro sexual sin protección.

Si hay dislipidemia se pueden usar progestágenos de 3ra generación(3).

Dispositivo intrauterino (DIU)

Las tasas de fracaso anticonceptivo son más bajas con los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes. La T de cobre es el anticonceptivo de emergencia más eficaz. Se puede presentar menorragia (DIU de cobre), dolor abdominal, ó expulsión.

La dismenorrea suele disminuir con el tiempo. Se maneja con AINEs durante los primeros días de la menstruación. Si persiste, compruebe si hay patología y anemia; considerar suplementos de hierro.

Los cólicos se tratan sintomáticamente si hay un examen normal y prueba de embarazo negativa. Si persisten, retire el DIU.

Si el hilo del DIU no se encuentra al exámen ginecológico, sospeche la expulsión espontánea; en casos eventuales el DIU puede migrar desde el útero al peritoneo o vejiga y ser cuasante de IVU a repetición o dolor pélvico crónico, se debe realizar ecografía. Si existe expulsión parcial el DIU puede ser retirado y la paciente debe tomar, Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 5 a 7 días.

En pacientes que están utilizando DIU y tienen fiebre y dolor, se debe sospechar Enfermedad Pélvica Inflamatoria, retirar el DIU, y tratar la infección (4).

Métodos de barrera

Los preservativos fabricados con poliuretano y poli-isopreno (hipoalergénicos) confieren una menor protección contra embarazos no deseados y ETS, incluido VIH en comparación con los preservativos de látex. Los preservativos de piel de cordero no confieren protección contra VIH. No recomendamos el empleo de condones con espermicidas.

Los métodos de barrera son una buena opción cuando hay varias parejas sexuales o relaciones sexuales poco frecuentes, para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Muchos embarazos ocurren con el cambio o suspensión de anti-conceptivo. Se debe recomendar el uso de preservativos por una semana durante la rotación de anticonceptivo, o si se suspende un método anticonceptivo. (5)

Contracepción permanente

Antes de emplear un método permanente de anticoncepción, las mujeres deben recibir consejería sobre los riesgos del procedimiento; el riesgo de arrepentirse, así como del uso de otras alternativas, incluyendo los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (implantes hormonales) y la vasectomía.

La tasa acumulativa a 10 años de falla en la contracepción permanente femenina es menor al 2%. Si llegara a producirse, el riesgo de un embarazo ectópico en las mujeres con contracepción permanente es menor que en la población general.

Si el procedimiento elegido se hace por vía laparoscópica, las mujeres deben emplear un método anticonceptivo efectivo por una semana después del procedimiento. La ligadura de tropas y la salpingectomía ofrecen un beneficio extra de reducir el riesgo de cáncer de ovario.

La técnica de vasectomía debe realizarse con una de las 4 técnicas asociadas a falla menor a 1%. Los pacientes vasectomizados de-

ben mantener un segundo método anticonceptivo efectivo hasta obtener azoospermia o un contejo de espermatozoides no móviles $< 0 = 100000/\text{ml}$ de una muestra de semen fresco no centrifugado.

Comparado con la ligadura de trompas, la vasectomía es un procedimiento más seguro, más efectivo, menos caro, y menos invasivo; que puede realizarse con anestesia local (6).

Aspectos socioculturales

El enfoque de planificación familiar basado en derechos y promovidos por los organismos internacionales se basa en las siguientes premisas:

- Todos los seres humanos deben disfrutar de igualdad de derechos y protecciones;
- La incorporación de las cuestiones de género es una respuesta estratégica a la denegación generalizada de los derechos humanos de la mujer;
- Los enfoques con sensibilidad cultural involucran a las comunidades en el apoyo a los derechos humanos, en diversos ámbitos culturales.

La lente cultural es un instrumento del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU en español) para cuestionar y cambiar las prácticas que sostienen la desigualdad de género. (Imágen 1)

Imágen 1. Lente cultural UNFPA



El enfoque desarrollado por la agencia de las Naciones Unidas (UNFPA) a partir de 1967, para incorporar los derechos sexuales y reproductivos a la atención médica, íntegra tres elementos: derechos humanos, incorporación de las cuestiones de género y sensibilidad cultural.

La crítica a este enfoque es que no responde a los cuestionamientos feministas y antropológicos de la diversidad en la construcción de las feminidades y las masculinidades en Latinoamérica en general, y en las zonas de carencia en particular(7).

Simone de Beauvoir, filósofa, escritora y feminista francesa, destacada luchadora por la igualdad de derechos de la mujer y por la despenalización del aborto y de las relaciones sexuales, escribió en su obra "El Segundo Sexo", publicado en 1949, que... "*los hechos biológicos, proveen una de las claves para la comprensión de la mujer.*" Pero añadió rápidamente... "*Niego, que lo biológico, establezca un destino fijo inevitable para ellas*" (8). Esta frase ha servido para debatir las cuestiones de género por varias décadas, bajo el aforismo de "biología no es destino", aforismo jamás discutido por el discurso médico hegemónico.

Para complejizar aún más el problema de la sexualidad en nuestros países, se suma el "machismo", que se explica a través de la totemización de las sexualidades masculinas latinoamericanas; con todos los mitos sobre las necesidades sexuales de los hombres, identificados como "el hombre procreativo; los hombres de verdad deben procrear para demostrar su hombría", mitos persistentes aún en nuestras sociedades (9).

El estudio de Darja, et al. (2010), comparó el estado civil y el número de parejas sexuales entre una población rural y urbana; concluyó que estar casada y tener una sola pareja, no protege a las jóvenes rurales de infecciones de transmisión sexual (ETS), lo que implica que el comportamiento sexual masculino es el factor más importante en zonas rurales (10).

La revisión de la evidencia, demuestra que desarrollar servicios diferenciados y amigables para los jóvenes, no mejoran los resultados generales de la salud sexual y reproductiva de esta población (11).

Las campañas de educación con adolescentes, incluidas las que usan redes sociales, que entregan mayor información sobre la salud sexual, en comparación con los métodos tradicionales, no tienen impacto al comparar la salud reproductiva integral con quienes no recibieron estrategias educativas en poblaciones pobres, donde determinantes sociales superan el conocimiento (12), (13).

El entendimiento de la sexualidad, como una construcción social deben ayudar al médico para contextualizar la consejería en salud sexual y reproductiva y negociar un método de planificación familiar.

Referencias bibliográficas

1. Ali M, Cleland J, Shah I. Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Anes A., Diezma J., Lasheras M. Los métodos anticonceptivos. Cómo son, cómo actúan, sus ventajas y sus inconvenientes. Comunidad de Madrid, España: Salud Madrid; 2013.
3. Black A, Guilbert E. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). SOGC Clinical Practice Guideline. 2015 Nov;(37): p. 1033-1035.
4. Menéndez E, Deza J, Torrents M, Tamargo A, Touris J. Use of contraceptive methods in a family planning clinic. Proc Obstetr y Gine. 2007 Dec;(50): p. 675-681.
5. Black A, Guilbert E. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4) SOGC Clinical Practice Guideline. Journal of Obstet Gynaecol Can. 2015 Oct;(37): p. 936-938.
6. Cleland J, Shah I. La revolución de los anticonceptivos: todavía son necesarios esfuerzos específicos. Anticonceptivos y derechos reproductivos. The Lancet. 2013; p. 1604-1606.
7. Bethell C, Solloway M, Guinosso S, Hassink S. Prioritizing Possibilities for Child and Family Health: An Agenda to Address Adverse Childhood Experiences and Foster the Social and Emotional Roots of Well-being in Pediatrics Academic Pediatrics 2017. Academic Pediatric. ; 17(7).
8. Beauvoir S. El segundo sexo: Buenos Aires: Siglo XXI; 1971.
9. Gutmann M. Por mis Pistolas sexualidad, anticoncepción y sida en México: Cd. de México: Siglo XXI; 2016.
10. Darja E, Mirembe F, Råssjö EB. STI-prevalence and differences in social background and sexual behavior among urban and rural young women in Uganda. Sexual & Reproductive Healthcare. 2010; p. 111-115.
11. Brittain A, Williams J, Zapata L. Youth-Friendly Family Planning Services for Young People A Systematic Review. American Journal Prevent Med. ;(49): p. 573-584.
12. Brayboy L, Sepolen A, Mezoian T, Schultz L, Landgren-Mills B, Spencer N, et al. Girl Talk: A Smartphone Application to Teach Sexual Health Education to Adolescent Girls RSS. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2017; 30(1): p. 23-28.
13. Sedgh G, Finer L, Bankole A, Eilers M, Singh S. Guttmacher Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries. Journal of Adolescent Health. 2015;(56).