

1.1

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DEFINICIÓN

- La anticoncepción es la prevención de la concepción / embarazo.
- El embarazo se define como la implantación de un blastocisto en el endometrio. La implantación se produce 6 a 7 días después de la fertilización.
- 85% de las mujeres sin método anticonceptivo se embaraza. Existe la probabilidad de concepción del 15% al 33% por ciclo, 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.

EVALUACIÓN

- Evaluar frecuencia de encuentros sexuales, riesgo del método, método de barrera, éxito y fracaso del método anterior.
- Examen de mama (no es mandatorio)
- Presión arterial
- Buscar Valvulopatías
- Búsqueda activa de ETS, anormalidades cervicales y de útero
- Antecedentes de migraña, insuficiencia venosa, o tromboembolia

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 que contienen 0,02-0,05 mg de etinil estradiol, parche transdérmico, y el anillo vaginal tienen igual eficacia. Mujeres con sobrepeso requieren dosis de 0,05 mg de etinil estradiol
- Los preparados de los anticonceptivos orales pueden ser clasificados como:
 - Monofásicos: dosis fija de estrógeno y progestágeno
 - Bifásicos: la dosis de estrógenos y progestágenos cambia a partir de la primera semana
 - Trifásicos: combinaciones variables a lo largo del ciclo.
 - Las píldoras monofásicas deben ser considerados como agentes de primera línea.
 - Estos preparados reducen el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio.

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

- 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 han presentado diferencias en su eficacia anticonceptiva.
- Los problemas típicos: dolor de mama, cefalea, náusea (ceden si toma con la comida o antes de acostarse o cambie a una pastilla con menos o ningún estrógeno), sangrado por disrupción en los 3 primeros meses (conducta expectante y mayor potencia de progestágeno, uno más nuevo, o aumentar estrógeno)

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

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

Anticonceptivos de depósito

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

- Depoprovera se usa frecuentemente en el posparto, por que no contiene estrógeno que puede disminuir la producción de leche materna y por riesgo de trombosis venosa profunda en el puerperio inmediato, las mujeres son trombofílicas hasta seis semanas posparto.

- Metromenorragia es el síntoma más común de Depoprovera y típicamente desaparece luego de 3 a 6 meses.

Dispositivo intrauterino (DIU)

- 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, y considerar suplementos de hierro.

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

- Si el hilo del DIU no se encuentra al examen ginecológico, sospeche la expulsión espontánea, realice ecografía. Si existe expulsión parcial el DIU puede ser retirado, y dar Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 5 a 7 días.

- Las tasas de fracaso anticonceptivo son más bajas con los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes.

- La lente cultural es un instrumento del UNFPA para facilitar el proceso de cuestionar y cambiar las prácticas que sostienen la desigualdad de género y para entablar las alianzas que promoverán la eficacia y la apropiación de los programas de salud sexual y reproductiva.



Adaptación de Lente Cultural UNFPA

PERLAS

- Los anticonceptivos orales NO se deben utilizar en mujeres con enfermedad cardiovascular, o > 35 años que fuman > 14 cigarrillos/día, o que tienen migraña.
- Los progestágenos son de elección en período de lactancia para evitar los riesgos de los estrógenos.
- Los métodos de barrera son una buena opción cuando hay varias parejas o relaciones sexuales poco frecuentes.
- Muchos embarazos ocurren en el cambio o suspensión de anticonceptivo. Se debe recomendar un método de barrera durante el cambio o la suspensión.
- La anticoncepción de emergencia (PAE) se debe considerar hasta 120 horas después del coito sin protección.

- Pacientes que están utilizando DIU y presentan fiebre y dolor: considerar EPI, retire el DIU, y trate la infección.
- Si existen Valvulopatías está contraindicado el uso de dispositivos intrauterinos.
- Si hay dislipidemia se pueden usar progestágenos de 3ra generación.

BIBLIOGRAFÍA

- Cleland J, Shah IH. La revolución de los anticonceptivos: todavía son necesarios esfuerzos específicos. Anticonceptivos y derechos reproductivos. Lancet. 2013; 381(9878): 1604-6.
- Ali MM, Cleland J, Shah IH. Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys. Geneva: World Health Organization, 2012.
- Anes A, Diezma JC, Lasheras ML. Los métodos anticonceptivos. Cómo son, cómo actúan, sus ventajas y sus inconvenientes. Comunidad de Madrid. Madrid: Salud Madrid; 2013.
- Menéndez E, Deza J, Torrents M, Tamargo A, Touris J. Use of contraceptive methods in a family planning clinic. Proc Obstetr y Gine. 2007; 50(12): 675-81.