



MATERNIDADES VULNERABLES

Madrid, 18 de Octubre de 2013
EspacioCaixa Madrid, Obra Social "la Caixa"
c/ Arapiles, 15 · 28015 MADRID

“CONTRACEPCIÓN REVERSIBLE DE LARGA DURACIÓN: eficacia, disponibilidad y aceptabilidad”

Dra. Elvira Méndez.
Directora General.
Asociación Salud y Familia

Associació **SALUD** Asociación **FAMILIA**



**VIVIMOS EN UN MUNDO COMPLEJO
DONDE
LOS ASPECTOS CLAVES DE NUESTRAS VIDAS
ESTAN INEXTRICABLEMENTE LIGADOS**

**LOS RETOS Y LAS SOLUCIONES
TAMBIEN**



ÍNDICE

- ◆ Eficacia comparativa de los métodos contraceptivos.
- ◆ Los métodos contraceptivos reversibles de larga duración.
- ◆ El dispositivo intrauterino no hormonal.
- ◆ Los métodos hormonales de larga duración.
- ◆ Disponibilidad de contraceptivos e impacto de la provisión de servicios.
- ◆ Ventanas de oportunidad para las decisiones contraceptivas.
- ◆ Planificación familiar y mujeres vulnerables.
- ◆ Referencias.

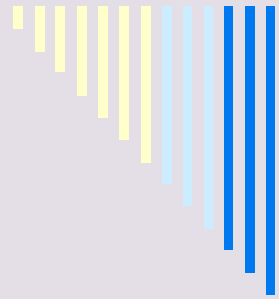


EFICACIA COMPARATIVA DE LOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

◆ Esterilización femenina	0,1% - 0,7%
◆ Métodos hormonales de larga duración (Implantes y DIU-LNG)	0-0,2% y 0-0,6%
◆ Dispositivo Intrauterino alta carga cobre ($\geq 300\text{mm}^2$)	0,1% - 1,4%
◆ Dispositivo Intrauterino baja carga cobre ($< 300\text{mm}^2$)	0,6%-1,5%
◆ Métodos hormonales corta duración	0,2%-2,3%
◆ Métodos barrera	2,5%-5,9%
◆ Métodos naturales	3,8%-20,4%

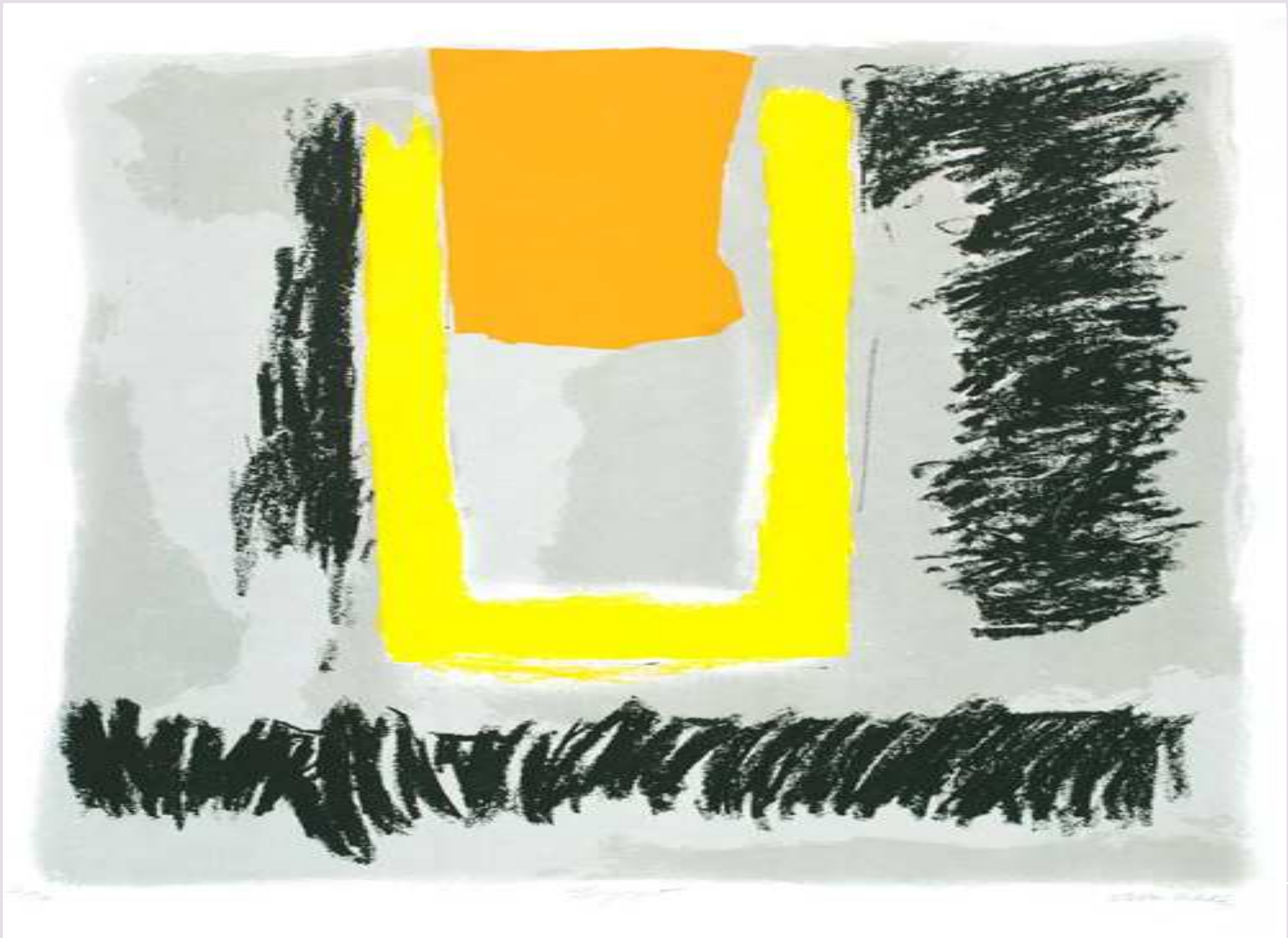
Clasificación de mayor a menor eficacia según fallos estimados mediante índice bruto de Pearl durante el primer año de uso.

Fuente: Mansour D, Inki P and Gemzell –Danielsson K (2010) "Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature". The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, February 2010; 15; 4-16.



LOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN

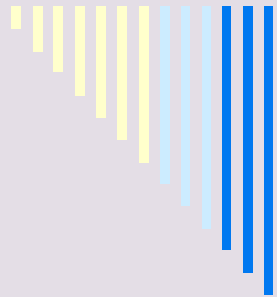
- ◆ Suponen tomar una decisión informada y responsable para un periodo largo de protección contraceptiva.
- ◆ No requieren cumplimiento y control regular por parte de la mujer.
- ◆ Si la decisión por parte de la mujer ha sido informada y responsable la dependencia del sistema sanitario es muy reducida.





EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO NO HORMONAL

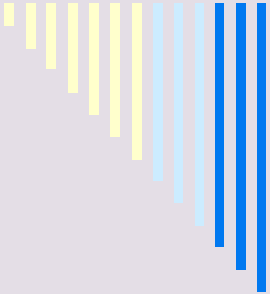
- ◆ Eficacia del DIU de alta carga de cobre: 0,1%-1,4%.
- ◆ Cobertura contraceptiva de cinco años de duración.
- ◆ Método local: no interfiere en funcionamiento hormonal femenino (reglas, lactancia, etc).
- ◆ Cofactor protector de la carcinogénesis endometrial y cervical.
- ◆ Se recomienda implantación inmediata post-aborto, post-parto o después de cesárea.
- ◆ No protege de ETS. Reglas abundantes (3 primeros meses – 30%).



LOS MÉTODOS HORMONALES DE LARGA DURACIÓN

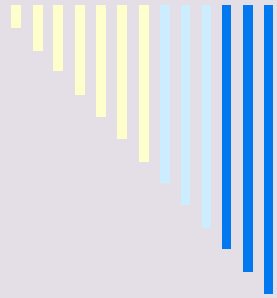
IMPLANTES HORMONALES Y DIU-LNG

- ◆ Eficacia de implantes y DIU-LNG: 0-0,2% y 0-0,6%.
- ◆ Cobertura contraceptiva de tres y cinco años de duración respectivamente.
- ◆ Métodos hormonales sistémicos sin interferencia en lactancia materna.
- ◆ Pueden modificar la regularidad del sangrado menstrual.
- ◆ Se recomienda implantación inmediata post-aborto, post-parto o después de cesárea.
- ◆ No protege de ETS.



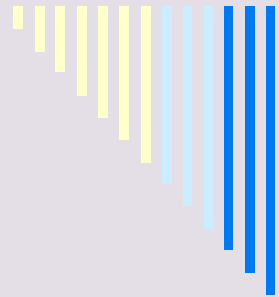
DISPONIBILIDAD DE CONTRACEPTIVOS E IMPACTO DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

- ◆ La disponibilidad de contraceptivos viene condicionada por:
 - La comercialización.
 - El precio
 - Los proveedores sanitarios
 - La forma de organización de los servicios sanitarios.
- ◆ Todos los requisitos de disponibilidad están íntimamente ligados, de tal modo que las fortalezas y/o debilidades se contagian y/o refuerzan mutuamente.
- ◆ La forma práctica en que los proveedores sanitarios ofrecen y prestan los servicios contraceptivos es un factor primordial para conseguir un alto impacto en la salud reproductiva.



VENTANAS DE OPORTUNIDAD PARA LAS DECISIONES CONTRACEPTIVAS

- ◆ Las decisiones contraceptivas que se toman en momentos oportunos y son fruto de una elección informada son mas duraderas y coste-efectivas.
- ◆ Las principales ventanas de oportunidad para las decisiones contraceptivas son:
 - Solicitud de atención posterior a una relación sexual no protegida.
 - Solicitud de atención con motivo de la crisis de un embarazo no deseado.
 - Antes y/o inmediatamente después de una interrupción del embarazo.
 - Parto y postparto.
 - Finalización de la lactancia materna.



VENTANAS DE OPORTUNIDAD PARA LAS DECISIONES CONTRACEPTIVAS

- ◆ Para conseguir un alto impacto en la salud reproductiva, los proveedores sanitarios deben poder dar un consejo y una respuesta contraceptiva **resolutiva, inmediata y efectiva** en cualquiera de estas ventanas de oportunidad.





PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MUJERES VULNERABLES

- ◆ Las mujeres forman grupos amplios y dispersos en los que se concentra un conjunto de **factores de riesgo** (educativos, culturales, psicosociales y económicos) que se potencian entre sí para producir una salud reproductiva debilitada o empobrecida.
- ◆ Las mujeres vulnerables pertenecen a grupos o colectivos de **difícil alcance** para los proveedores sanitarios organizados de modo convencional.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MUJERES VULNERABLES

- ◆ Las mujeres vulnerables se encuentran en variadas situaciones de **deprivación** que acostumbran a tener en común:
 - Reticencias sobre el uso de contraceptivos.
 - Dificultades culturales y/o psicosociales para interactuar con los proveedores sanitarios.
 - Aislamiento social (individual y/o grupal).



PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MUJERES VULNERABLES

- ◆ Las mujeres vulnerables nutren en un elevado porcentaje el colectivo de mujeres que utilizan la interrupción voluntaria del embarazo como **estrategia de regulación de la fecundidad** y, en consecuencia, acostumbran a presentar embarazos “por defecto”.
- ◆ Los servicios sanitarios deben desarrollar una **orientación equitativa radical** disminuyendo los costes de transacción para las beneficiarias y estableciendo diseños y estrategias de funcionamiento con alto impacto en la salud reproductiva.





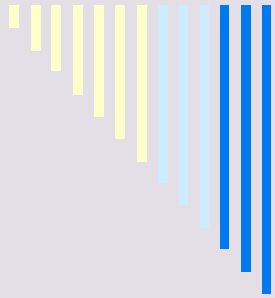
REFERENCIAS

- ◆ Abdel-Aleem H, d’Arcangues C, Vogelsong KM, Gaffield M and Gülmezoglu A (2013) “Evaluation of treatments for vaginal bleeding induced by progestin-only contraceptives”. www.summaries.cochrane.org/CD003449.
- ◆ Arrowsmith ME, Aicken CRH, Saxena S and Majeed A (2012) “Strategies for improving the acceptability and acceptance of the copper intrauterine device” www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.
- ◆ Arrowsmith ME, Aicken CRH, Saxena S and Majeed A (2012) “Ways to increase use of non-hormonal long-acting birth control”. www.summaries.cochrane.org/CD008896.
- ◆ Castellsague X, Diaz M, Vaccarella S, Sanjose S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Meijer JLM and Bosch FX (2011) “Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies”. www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045.
- ◆ Grimes DA, López LM, Schulz KF and Stanwood NL (2010) “Inserción inmediata post-aborto de los dispositivos intrauterinos”. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6.



REFERENCIAS

- ◆ <http://www.fphighimpactpractices.org>.
- ◆ <http://www.fhi360.org>.
- ◆ <http://infok4health.org>.
- ◆ López LM, Hiller JE, Grimes DA and Chen M (2012) “Education about family planning for women who have just given birth”. www.summaries.cochrane.org/CD001863.
- ◆ López LM, Edelmal A, Chen M, Otterness C, Trusell J and Helmerhort EM (2013) “Effects of progestin-only birth control on weight”. www.summaries.cochrane.org/CD008815.
- ◆ Mansour D, Inki P and Gemzell-Danielsson K (2010) “Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature”. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, February 2010; 15; 4-16.



GRACIAS!!!!!!

Email: emendez@saludyfamilia.es

Web: <http://saludyfamilia.es>

Associació Asociación
SALUD Y FAMILIA