

Contracezione per Adolescenti

Niccolò Giovannini

Alessandra Graziottin

“Il Pediatra tra Famiglia, Protocolli e Linee Guida”
ElKebir (Tunisia), 11-18 luglio, 2008

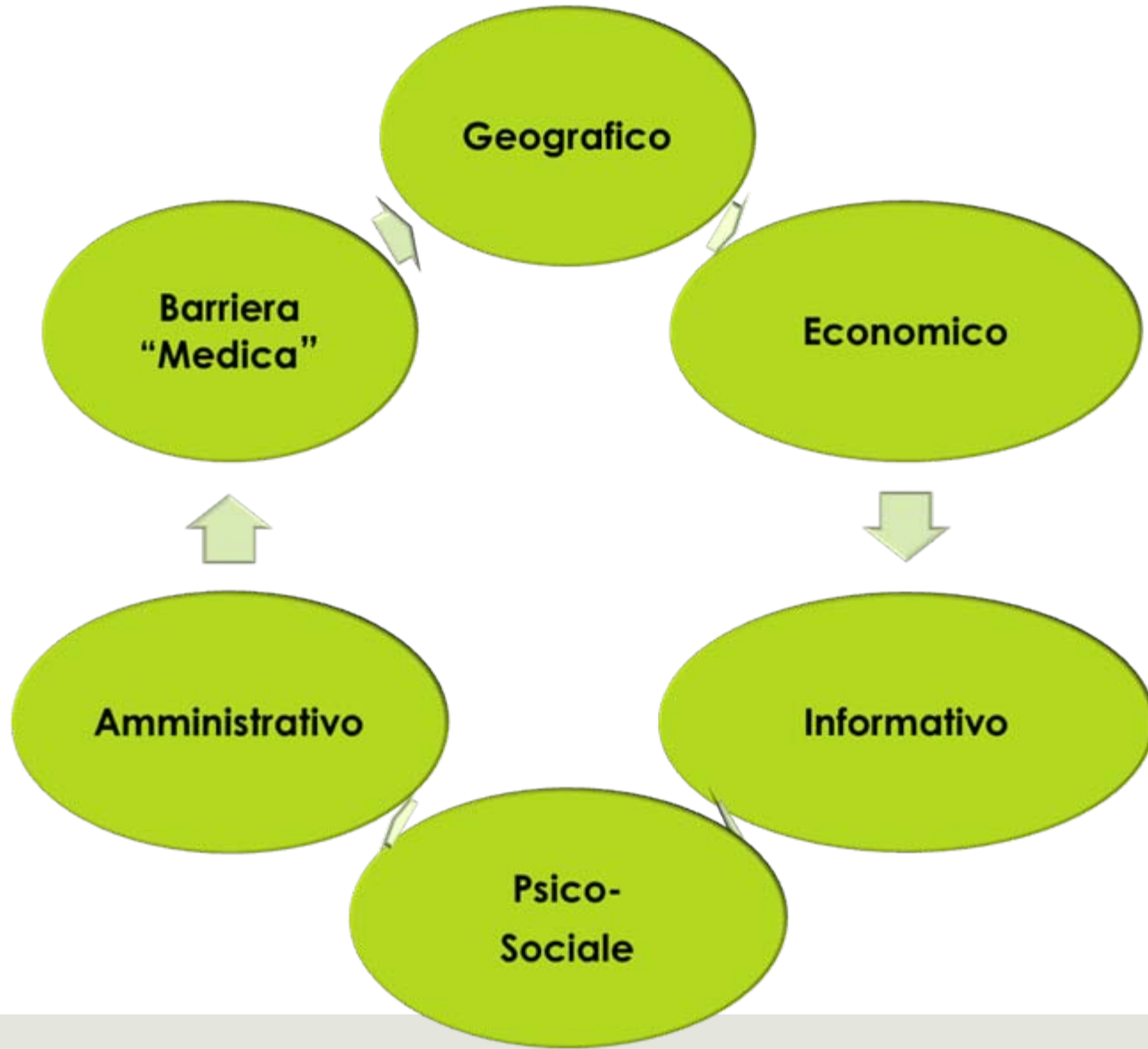
Considerazioni generali Contracezione ultimi "50 anni"

- ❑ "Improved access to Modern Contraception is one of the most noteworthy public health and social achievements of the last 50 years. Making contraceptives widely available has significantly improved the health and well-being of women, families and societies around the world"
- ❑ Key Element → "Basic Human Right"
- ❑ 1948 Dichiarazione Universale dei Diritti dell'UOMO: organizzazione legale internazionale alla difesa della salute delle donne → Accesso Contracezione e Informazioni
- ❑ International Conference on Population and Development: couples and individuals to decide on the number, spacing and timing of their children and to have information

Background Adolescenti

- 40% studenti rapporti sessuali
- Solo 51% utilizza condom
- Solo 21% pillola EP
- 45 milioni di gravidanze indesiderate (=ABORTI!)
- 40% aborti in donne tra 15-24 anni

Fattori che limitano "accesso" a Contraccettivi



Barriera Medica

Inserire controindicazioni fittizie all'utilizzo dei CO

Inappropriate richieste socio-demografiche

Richieste immotivate o "rito di passaggio" (per es. visite multiple, esami di laboratori inutili, ecc..)

Limitare personale autorizzato alla prescrizione

Discriminare alcuni gruppi di donne

donne povere → ↑ gravidanza, ↑ aborti, ↑ morbidità),
↑ mortalità (5% gravidanze!)

Obiettivi del MEDICO

- Prevenire gravidanza non programmata
- Prevenire malattie a trasmissione sessuale (STI)
- Counseling relativa attività sessuale (astinenza, contraccezione, prevenzione STI, corretto uso condom, decisioni in rapido mutamento)

Valutazioni Generali

- Miglior contraccettivo
- Anamnesi farmacologica: valutare controindicazioni/interazioni a CO

Anamnesi/
Counseling

- Altezza e peso
- Valutazione della tiroide, cuore e addome

Esame obiettivo

- Screening STI
- Primo Pap test

Esami/laboratorio

Domande di Screening per Contraccezione

- ❑ Conosci i Contraccettivi? Sentito pro/contro Contraccettivo?
- ❑ Hai difficoltà inghiottire pillola?
- ❑ Hai mai preso pillole ogni giorno? Dimenticanze?
- ❑ Ricorderesti di prendere pillola tutti giorni? Dove conserveresti pillola?
- ❑ In famiglia sono a conoscenza?
- ❑ Preferiresti depot trimestrale? cerotto?
- ❑ Hai discusso del condom con tuo partner? Dove hai preso/conservi condom?
- ❑ Quale metodo Contraccettivo ritieni migliore per te?

Controindicazioni OC e Cerotto



Gravidanza

Sanguinamento uterino irregolare a eziologia ignota

Pregressi Neoplasie Epatiche/epatopatia

Anamnesi familiare positiva per tromboembolismo

Ipertensione arteriosa

LES

Eemicrania/ neuropatia

Peso > 90 kg

CO estroprogestinico

Estrogeno

- Ethinil-Estradiolo < 50 mcg
- 30-35 mcg preferita
- 20 mcg associata a sanguinamento, <BMD

Progestinico

- Noretindrone, levonorgestrel
- Desogestrel EVITARE (> RR tromboembolismo)
- Drospirinone: EVITARE (dati insuff)

Monofasica Trifasica

- Monofasica: dose costante (meno confusione tra pillole)
- Trifasica: contenuto variabile singole pillole

Confezione 21 vs 28 pillole

CO e Terapia

Metrorragie disfunzionali

Dismenorrea

Endometriosi pelvica

Iperandrogenismo lieve

Stati ipoestrogenici

Sindrome premestruale

Mastodinia

Patologia ovarica benigna

Effetti collaterali



Educazione paziente

- Riassumere principali effetti collaterali
- Stimolare compliance
- “Pillole dimenticate”
- Interazione con altri farmaci
- Gastroenterite e Vomito (utilizzo per 7gg condom)
- Follow up: PA, peso

Contraccezione d'Emergenza

- ❑ Tre milioni di gravidanze non volute/ anno
- ❑ Maggiori cause: non utilizzo contraccettivo, rottura condom
- ❑ Una coppia fertile 25% chance gravidanza per rapporti nn protetti per singolo ciclo mestruale
- ❑ 8% RR gravidanza per singolo rapporto un o due gg prima ovulazione
- ❑ Fecondazione può avvenire in maniera "ritardata" (sopravvivenza spermatozoi 5-6 gg)
- ❑ Utilizzo immediato di EC riduce 1-2% RR di gravidanza nel corso della vita di una donna

Psgrav-index positivo 7gg dopo fecondazione

Prevenzione

Mortalità- morbidità materna

La mortalità e morbidità post-abortiva può essere evitata in differenti modi:

- ▣ Promuovere il planning familiare per evitare gravidanze indesiderate
- ▣ Rafforzare l'assistenza post-abortiva nelle cliniche e renderla di facile accesso alle pazienti
- ▣ Informare le donne sull'alto rischio o pericolosità dei metodi "tradizionali"
- ▣ Aggiornare/informare le donne sull'utilizzo della contraccezione d'emergenza

Linee guida WHO

Quando utilizzare la Contraccezione d'Emergenza

- **Rapporto Sessuale Volontario senza Contraccezione**
- **Quando metodo Contraccettivo utilizzato in modo improprio:**
 - Rottura del preservativo
 - Dimenticanza del CO per 2 giorni consecutivi
 - Rimozione anello vaginale > 3h
 - Rimozione patch > 24 h
 - Ritardo di 2 settimane iniezione per progestinico depot
 - Inaccuratezza della finestradiinnfecodità
 - Intempestività del Coito interrotto
- **Violenza Sessuale**

Trattamenti

Classe	Dose	Nomi commerciali
CO combinati o Metodo Yuzpe	100 mcg Eestradiolo + 0.5 mg Levonorgestrel 2vv	Ovral©
Progestinici orali	1.5 mg Levonorgestrel	Levonelle© Norlevo©
IUD		

Meccanismo d'Azione

Inibisce ovulazione

Altera sviluppo del follicolo ovarico

Interferenza con secrezione Corpo Luteo

? Ricettività endometrio?

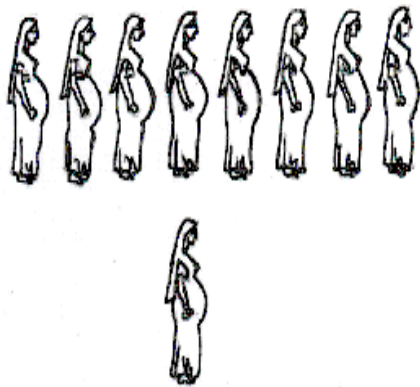
? Mobilità spermatozoo/ ovocita?

Levonorgestrel 1.5 mg

- Riduce nausea e vomito 22% e 8% rispettivamente
- Assunto in singola somministrazione
- Timing: entro 72h ma maggiormente efficace se assunto < 12h
- Efficacia 85%,
- Miglior metodo: gravidanza 1.1% vs 3.2% (EP)

Efficacia della pillola con progesterone

If 100 women have a single act of unprotected intercourse during the 2nd – 3rd week of cycle:



(CEC 2004; FHI 2002;
WHO 1998)

- Eight women may become pregnant without ECPs.
- If all of them use ECPs within 72 hours of unprotected intercourse; only one woman may become pregnant.
- Thus, ECPs are 85% effective. It is more effective if used within 12-24 hours of unprotected intercourse.

Conclusione (1/2)

Ridurre gravidanze indesiderate

Ridurre morbidità/mortalità materna

**Ridurre peso socioeconomico per
famiglie e società**

NON TERATOGENA

NON ABORTIVA

Conclusione (2/2)

**Non aumenta attività sessuale/
comportamenti a rischio**

**Occasione per educazione
sessuale / prevenzione STI –
gravidanze**

**Farmaco da banco in vari
paesi!**