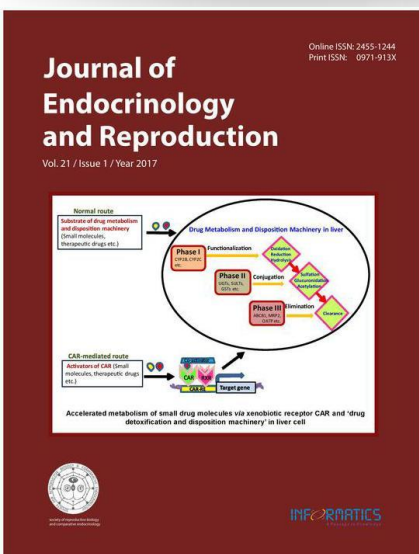
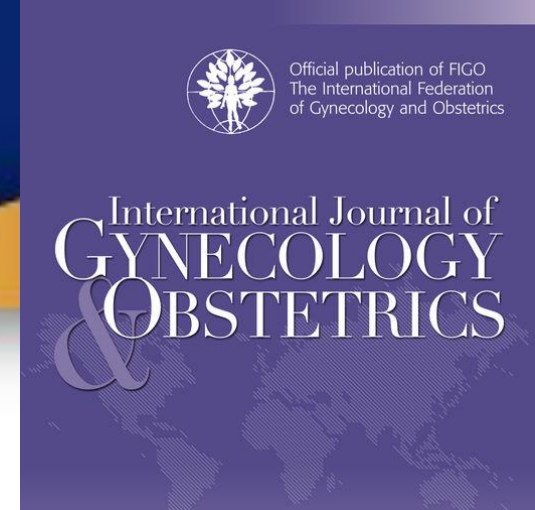
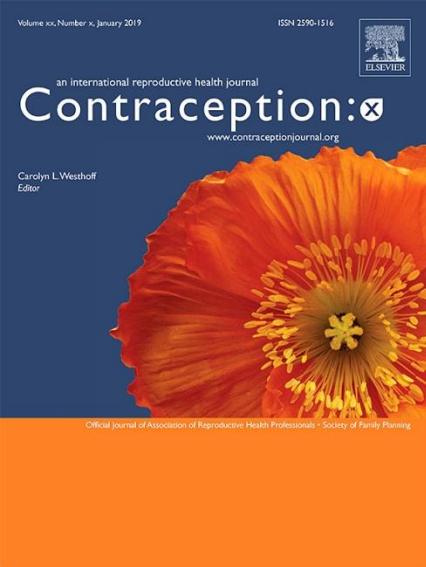




Anticoncepcion en la mujer que transita la Perimenopausia

Dra Viviana Cramer
Servicio de Adolescencia
Htal Dr Cosme Argerich
CABA



- Mujeres jóvenes sanas
- Uso Prolongado
- Riesgo/beneficio desde la perspectiva medica y sociologica

Para tener
en cuenta

PACIENTE

MAC OMS

MARCO LEGAL



Criterios elegibilidad (2015)



- *La edad por si misma **NO** constituye una razón médica para negar cualquier método anticonceptivo a un adolescente.*

Transición Menopáusica

	Menarche				FMP (0)					
Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early		Late	
					Perimenopause					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)		3-6 years	Remaining lifespan
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/length	Variable Length Persistent ≥7- day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 IU/L** Low Low	↑ Variable Low Low	Stabilizes Very Low Very Low		
Antral Follicle Count			Low	Low	Low	Low	Very Low	Very Low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms Likely	Vasomotor symptoms Most Likely			Increasing symptoms of urogenital atrophy

* Blood draw on cycle days 2-5 ↑ = elevated

** Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard⁶⁷⁻⁶⁹

TABLE 1. U.S. MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE CLASSIFICATIONS FOR SAFETY OF CONTRACEPTIVE METHODS BY WOMEN OF OLDER AGES

<i>Condition</i>	<i>Copper IUD</i>	<i>LNG-IUD</i>	<i>Implants</i>	<i>DMPA</i>	<i>POP</i>	<i>CHC</i>
Age	1 (≥ 20 years of age)	1 (≥ 20 years)	1 (> 45 years)	2 (> 45 years)	1 (> 45 years)	2 (≥ 40 years)

1 = A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method; 2 = A condition for which the advantages of using the

DO NOT DESIRE PREGNANCY

<i>Organization</i>	<i>Recommendation*</i>
American College of Obstetricians and Gynecologists ⁹	Appropriate to continue CHCs until age 50–55 years
American Society for Reproductive Medicine ⁴¹	Use until 12 months after last menstrual period if the woman wants to avoid pregnancy
CDC ⁴⁰	Still needed age > 44 years if the woman wants to avoid pregnancy
North American Menopause Society ⁸	Use until 1 year after last menstrual period if the woman wants to avoid pregnancy

Toda mujer que esta en condición de salud y sin riesgo puede utilizar ACO.



Efectos indeseables comparativos

	ACO	Embarazo
TEV.	2-4 veces	20-80 veces
M.ósea	+ + (4%)	+ + + + + (5+5%)
Obesidad	DMPA	MAYOR 15%





**Marco
Legal**



25673

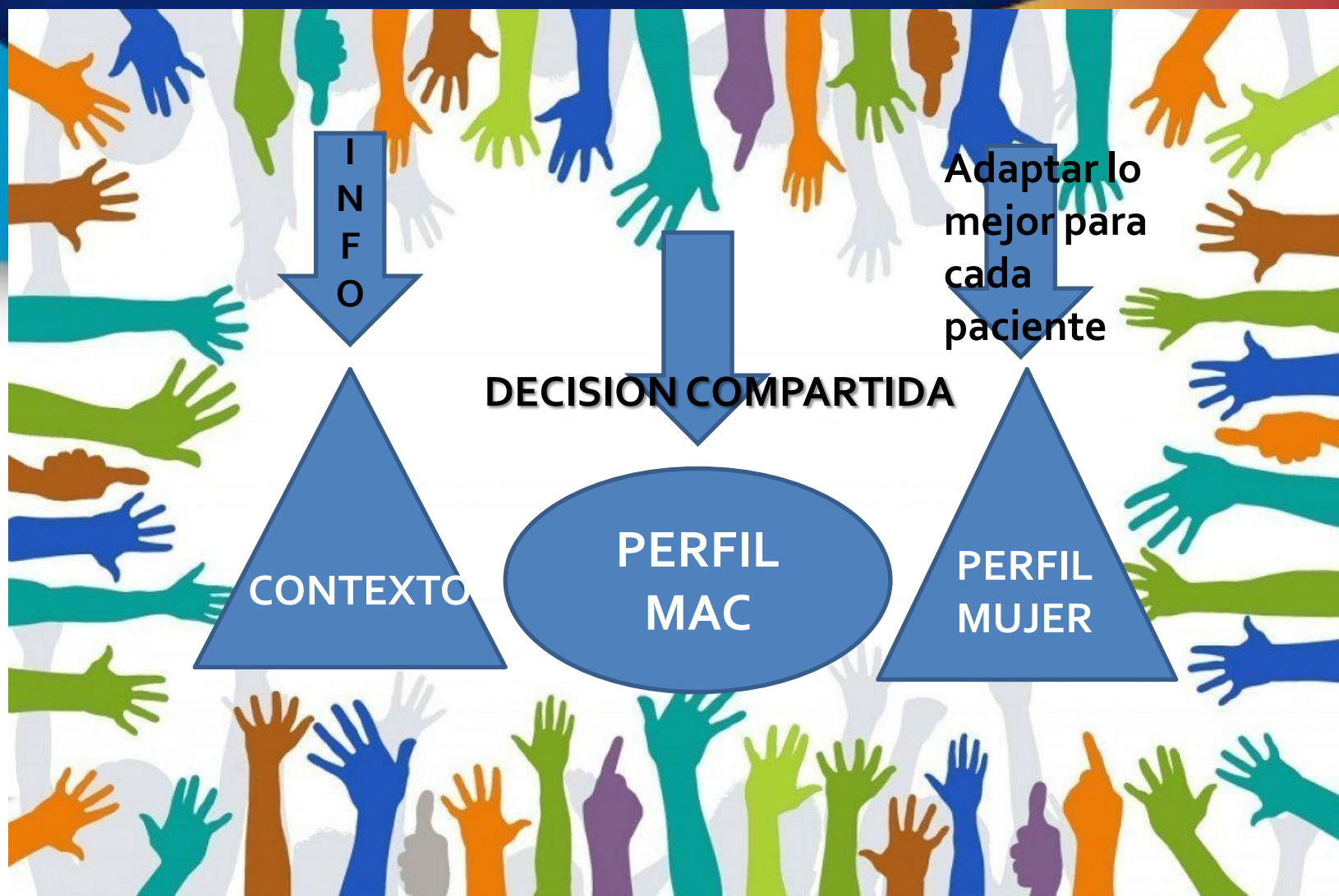
SSy R

- Gratuitidad
- Accesibilidad

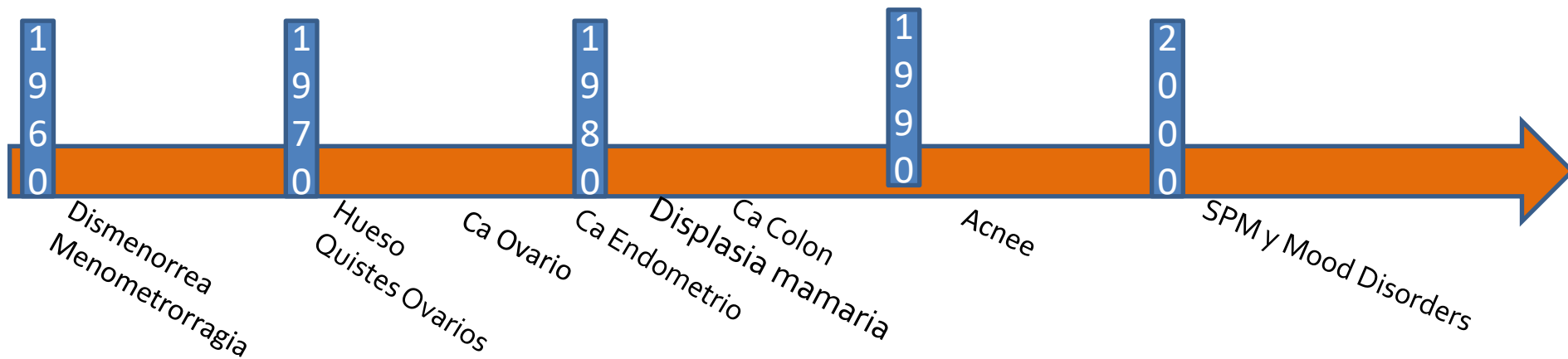
26061

Proteccion
Integral

- SSy R
- como parte de la Salud



El Continuo Efecto NO Contraceptivo a traves de la Historia



INDICACIONES TERAPEUTICA de los ACO

- CONTRACEPTIVA
- DISMENORREA
- HIPERMENORREA
- HIPERANDROGENISMO
- AMENORREA 2º
- SOP
- SME. PREMENSTRUAL
- ONCOPROTECCION
- ESTABILIDAD EMOCIONAL
- ANEMIA
- COAGULOPATIA

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 24 (2010) 593e604; Nappi et al, EJCRCare2016, Maybin et al, Women Health, 2016;



[illegible]

Prevención y Protección



Protección Oncológica



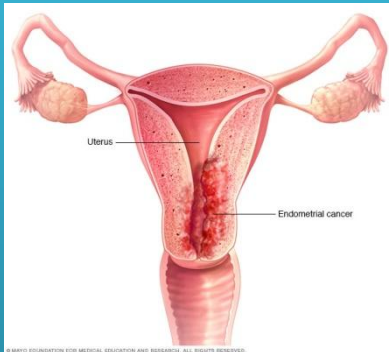
**Reduce el
Cancer de
Ovario**

45 estudios Epidemiológicos, 21 países

**Reducción del Riesgo persiste después de 30 años
de su uso**

Protección Oncológica

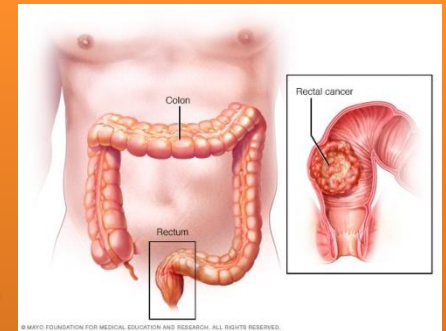
Endometrio



Colon



rectal



Hakinson et al 1992; Schlesselman 1997, Kuohung 2000



Proteccion de Enfermedades

Osteoporosis



Quistes de ovarios



Displasia Mamaria



AR



Mishell et al, Non Contraceptive Health Benefits; AmJ Obs Gyn
1982, 809-16



Con la edad

- ✓ La fertilidad baja pero el embarazo puede ocurrir igualmente
- ✓ Riesgo materno-infantil aumentan
- ✓ No hay evidencias suficientes que la EDAD sea un freno para el uso de Ach.
- ✓ CDC lo recomienda . Costo/beneficio en >44^a tmbn.

Hormonal Contraceptive Use Among Women
of Older Reproductive Age:
Considering Risks and Benefits

Naomi K. Tepper, MD,¹ Emily M. Godfrey, MD,² Suzanne G. Folger, PhD,¹ Maura K. Whiteman, PhD,¹
Polly A. Marchbanks, PhD,¹ and Kathryn M. Curtis, PhD¹

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH
Volume 27, Number 4, 2018

CATEGORÍAS

Categorías 1 y 2

1- Una condición para la cual **no existen restricciones** en el uso de un método anticonceptivo.

2- Una condición para la cual las **ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos** teóricos o probados.

El método puede usarse

Categorías 3 y 4

3- Una condición en la cual los **riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas** de utilizar un método.

4- Una condición que representa **un riesgo de salud inaceptable** si se utiliza el método anticonceptivo.

El método no debe usarse

WHO-Medical Eligibility Criteria (MEC) for women with age-related important cardiovascular risk factors (modified according [2]).

	COC	P/R	POP	DMPA	ETG	Cu-IUD	LNG-IUD
Age							
<18 years	1	1	2	2	1	2	2
18–40 years	1	1	1	1	1	1	1
≥ 40 years	2	2	1	2 ^a	1	1	1
Obesity							
BMI > 30	2	2	1	2	1	1	1
Smoking							
age < 35 years	2	1	1	1	1	1	1
age > 35 years							
<15 cig	3	1	1	1	1	1	1
≥15 cig	4	4	1	1 ^a	1	1	1
Hypertension							
systolic 140–159 or diastolic 90–99 mmHg	3	3	1	2	1	1	1
systolic > 159 mmHg or diastolic > 99 mmHg	4	4	2	3	2	1	2
including vascular diseases	3/4	3/4	2	3 ^a	2	1	2
>2 cardiovascular risk factors	3/4	3/4	2	3 ^a	2	1	2



EDAD

AOC PARCHE ANILLO VAGINAL	Menarquia a <40 años	1
	40 años	2
AIC	Menarquia a <40 años	1
	40 años	2
AOPS	Menarquia a <18	1
	18-45 años	1
	45 año	1
AMPD IM AMPD SC EN/NET	Menarquia a <18	2
	18-45 años	1
	45 años	2
IMPLANTE LNG Y ETG	Menarquia a <18	1
	18-45 años	1
	45 años	1
DIU-Cu	Menarquia a <20	2
	20 años	1
DIU-LNG	Menarquia a <20	2
	20 años	1

A la hora de elegir Anticoncepcion Hormonal.....

PACIENTE

PRODUCTO



ANTICONCEPCION HORMONAL **HOY**

ACO..combinados oral



ACI ..inyectable mensual

PARCHES.. combinado transdermal

ANILLO... combinado intravaginal

ACO.....GESTAGENO
SOLAMENTE

EVOLUCIÓN



Dosis de EE



Dosis de
Progestagenos

Diferentes
efectos

Introduccion de E y VE
naturales

Nuevas Vias de ADMINISTRACION

Anticoncepción Hormonal

Solo Gestágenos

- Orales LNG - DSG
- Inyectables DMPA
- Implantes Etonogestrel / LNG
- SIU – LNG 52 mg / 13,5 mg



PRODUCTO

EE/E2/VE2

ESTROGENO	GESTAGENO
TROFICO	INHIBE OVULACION
+HDL + Tg	- HDL - TG + LDL
TROMBOEMBOLICO	VIDA MEDIA
OSEO	PESO
ENDOMETRIO	DIFERENTES EFECTOS
TA	
Cit P450	

ESTRÓGENOS

ETINIL ESTRADIOL

+ fac
+ Angi
> Im
metabólico.

20 ug /30/35

VALENATO ESTRADIOL

> Velocidad
metabolización

> Acc trófica vaginal

Parte de la acción intrahepática es con E1 y
SO4E1

2 mgr

Hemihidrato ESTRADIOL

1,5 mg

1Timm er & Geurt s. Eur J Dru g Metab Ph armacokinet 1999;24:47-53

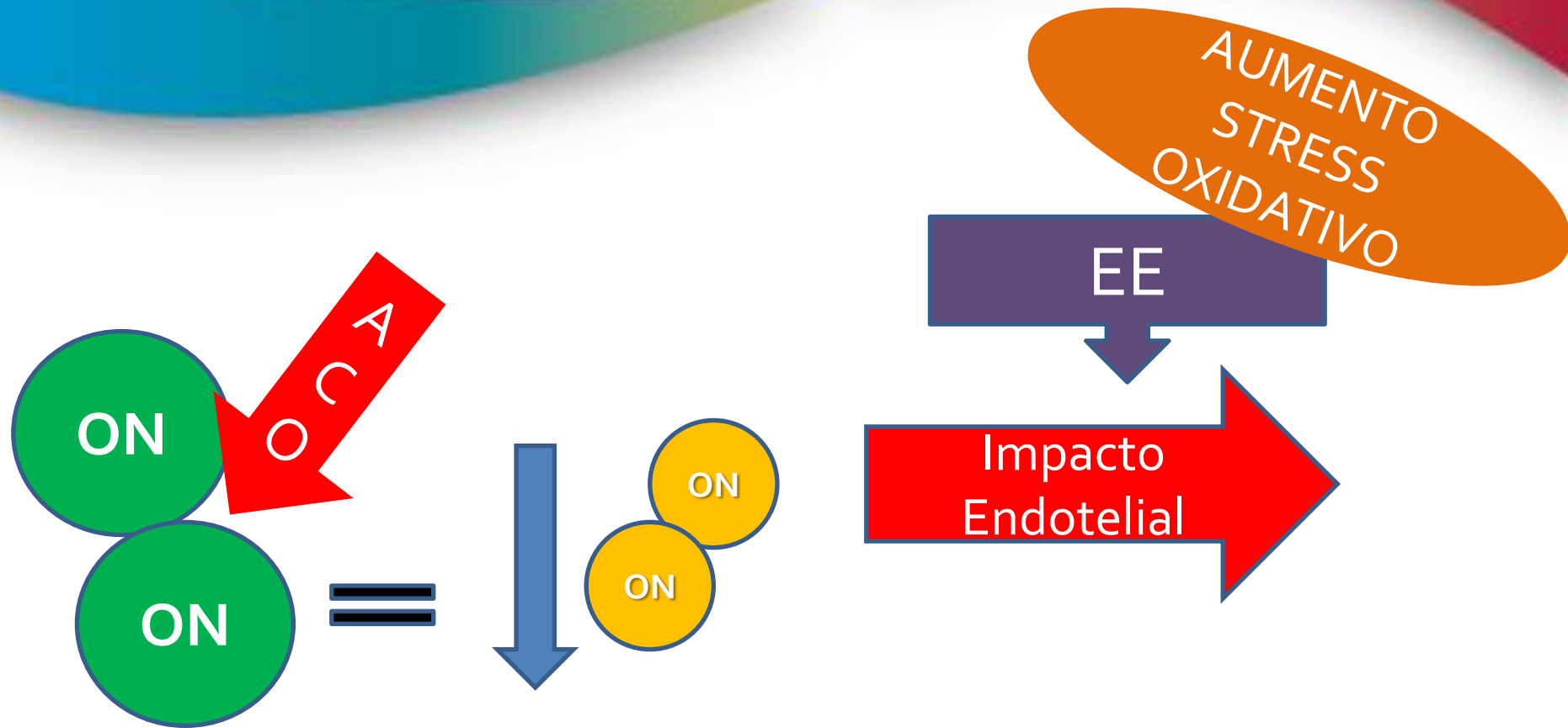
Endrikat et al , Contraception 2008;Wiegratz et al,Contraception 2004

Comparativo de Estrógenos

	EE 20 mcg	E2 2 mg
Biodisponib.	60-80%	3-5%
Union SHBG	no	38%
Ef.Sistemico	Mayor	Menor
paso hepatico	36 hs largo	90` corto
Angitensinog.	200%	180%
Sint. SHBG	240%	120%
Coagulacion	Mayor	menor



- ✓ ACO aumenta el stress oxidativo en mujeres perimenopausicas
- ✓ Oxido Nitrico (ON) efecto + cels endoteliales



LARCS (long-acting reversible contraception)



Dispositivo intrauterino (DIU-Cu)

- Duración 5 – 10 años
- Tasa de falla: uso típico 0.8% - uso perfecto 0.6%



SIU Lng (Mirena®)

- Liberación 20 µg/día
- Duración 5 años
- Tasa de falla: uso típico y uso perfecto 0.2%

SIU Lng (Blusiri-Jaydess)



Implante subdérmico (Implanon NXT®)

- 68 mg etonorgestrel
- Duración 3 años
- Tasa de falla: uso típico y uso perfecto 0.05%



SARCs (short-acting reversible contraception)



Anticonceptivos orales combinados o gestágenos solos

- Duración mensual
- 1 comprimido diario



Anticonceptivos inyectables

- Duración mensual
- 1 aplicación mensual



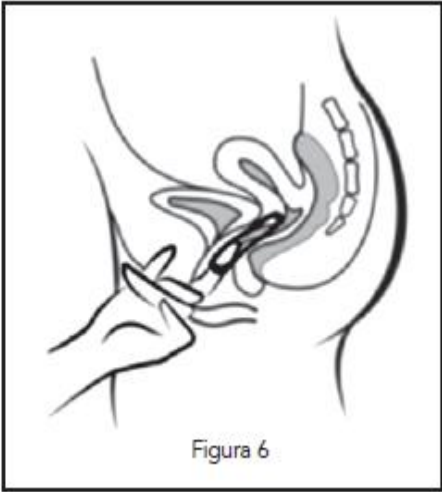
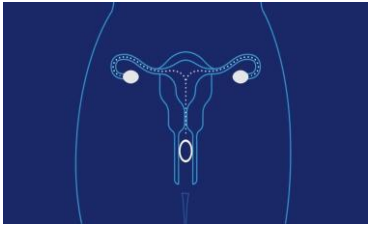
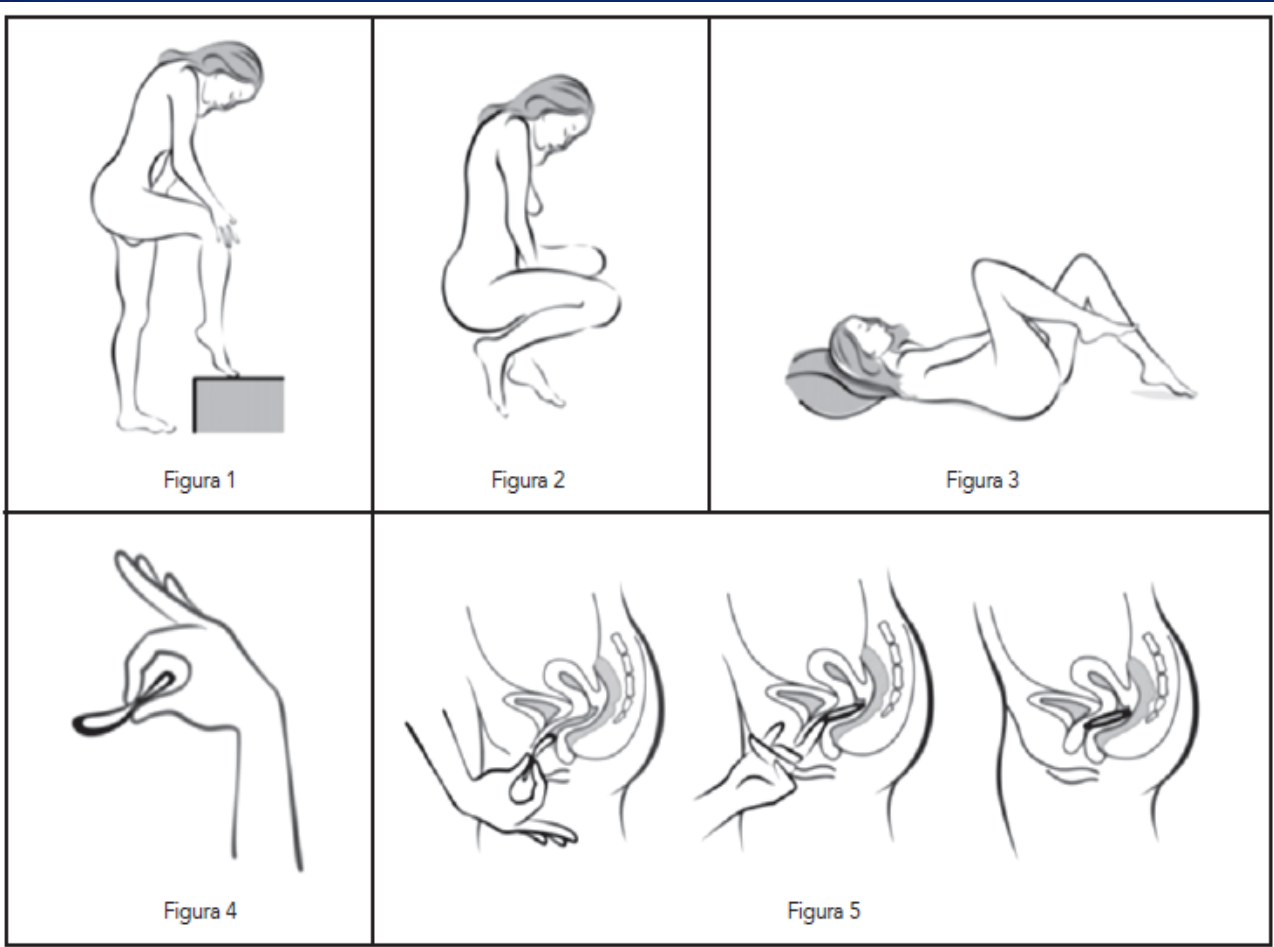
Parche transdérmico

- Duración mensual
- 1 parche semanal



Anillo vaginal

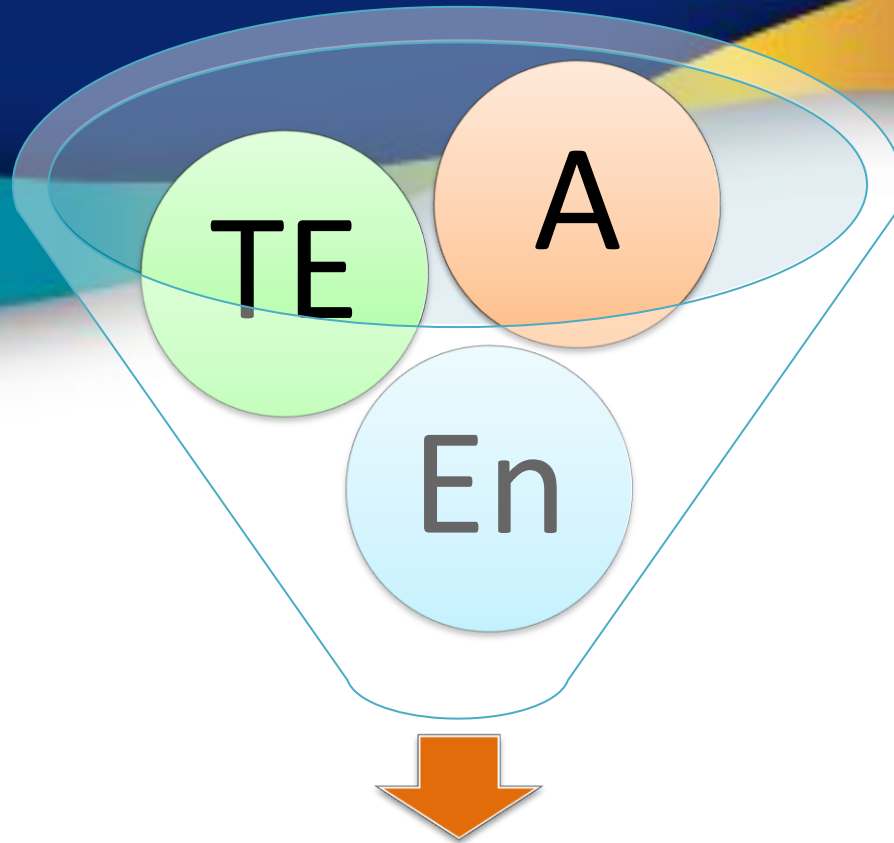
- Duración mensual
- 1 anillo durante 3 semanas



Riesgo de presentar un coágulo de sangre en un año

Mujeres que no utilizan un comprimido / parche / anillo hormonal combinado y que no están embarazadas	Unas 2 de cada 10.000 mujeres
Mujeres que utilizan un comprimido anticonceptivo hormonal combinado que contiene levonorgestrel, noretisterona o norgestimato	Unas 5-7 de cada 10.000 mujeres
Mujeres que utilizan ELLERING®	Unas 6-12 de cada 10.000 mujeres

COMPLIANCE

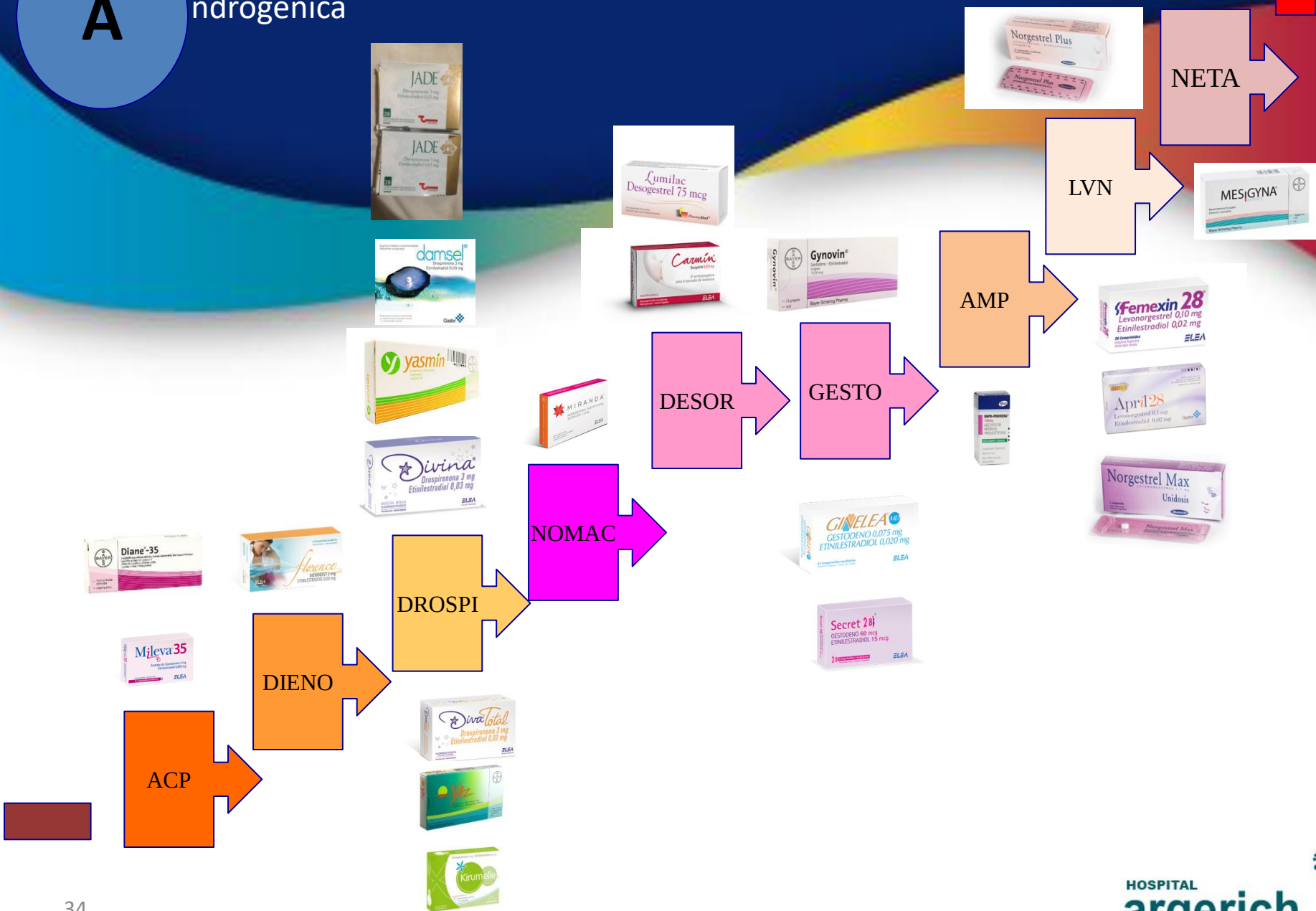


Efecto del Gestageno

A

ndrogenica

GESTAGENOS



E

**Control
ndometrial**

GESTAGENOS



NETA

**Dienogest
NOMAC**

ACP

**Gestoden
o**

Drospi

Desorgest.



GESTAGENOS

T

ROMBOEMBOLICA



DROSPI

DESORGESTREL

GESTODENO

NOMAC
LVN



ASOCIACIÓN CON ESTRÓGENO NATURAL



DIENOGEST

VE2

2009

**NOMEGESTROL
(NOMAC)**

E2

2014





	EE2 VE2	FUERTE EFECTO Endometrial	
	E2		Vida ½ Prolongada

AMP. Acetato Medroxi Progesterona

➤ **Inhibe la Ovulación**

➤ **Baja Tasa de embarazo. (< 4 in 1000 over 2 years)**

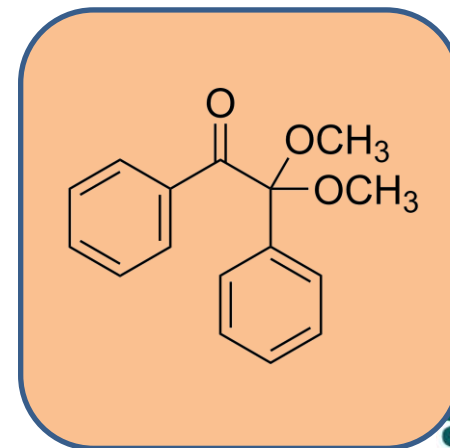
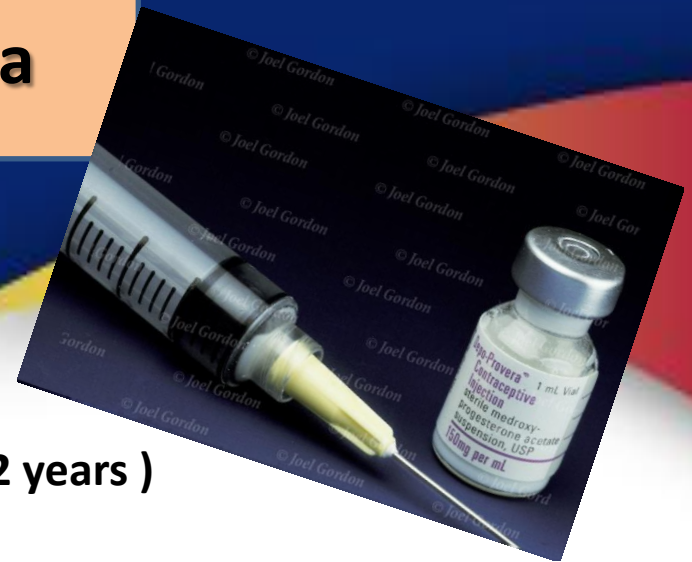
➤ **Se repita cada 12 semanas.**

➤ **Puede haber un retraso de la fertididad una vez suspendido hasta 1 año.**

➤ **Aumento > 10% peso.**

➤ **Disminucion de PMO > 2ños de uso.**

➤ **Reversible.**



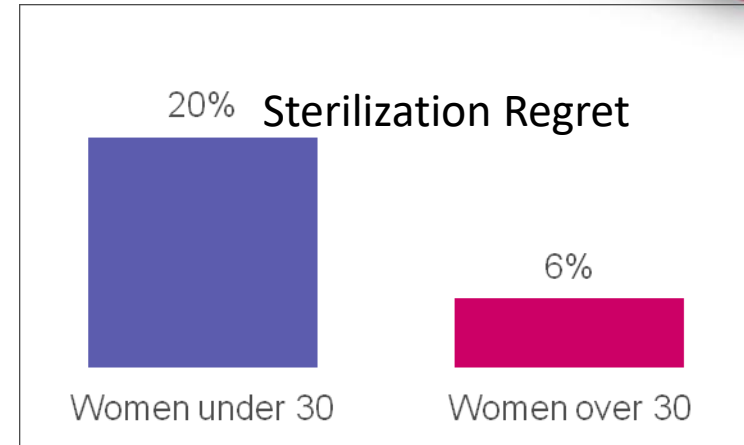
Anticoncepción quirúrgica

Oclusión tubárica tradicional

- Ligadura
- Bloqueo con clips o anillos
 - Cauterización

Nuevas técnicas

- Essure[®]
- Salpingectomía como opción de reducción de riesgo de cáncer de ovario



Gynecol. 1999. Pollack AE. Contraceptive Technology. 2004. Ogburn T. Obstet Gynecol Clin North Am. 2007. et al.
Gomez, D Gineco.l.obstet Mex 2016 Sept;84(9):614-619.



Desventajas

Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine
American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama

INCIDENCIA

- Embarazo 5-20/10000 mujeres
- Puerperio 40-65/10000 mujeres
- Evento < 5/10000 mujeres

Usuarias 3-15/10000 no Usuarias 1-5/10000

Componente Estrogenico (EE) > 50 mcg

Componente Progestacional > a < Drospi

Desorgestrel/Gestodeno

LVN / Norgestimato/Nomac



Medical eligibility criteria for contraceptive use

	ACO's	Iny. Comb. – Parches - Anillos	POP's – DMPA Implantes LNG/ETG	SIU
Antec. de TEV/TEP	4	4	2	2
TEV/TEP actual	4	4	3	3
TEV/TEP y anticoagulación	4	4	2	2
Antec. familiares de 1º grado	2	2	1	1
Cirugía > C/inmovilización prolongada S/inmovilización prolongada	4	4	2	2
	2	2	1	1
Cirugía < sin inmovilización	1	1	1	1
Trombofilias	4	4	2	2

Fifth edition, 2015

Medical eligibility criteria for contraceptive use

CATEGORÍA			
I = inicio, C = continuación			
AOC	PAC	AVC	AIC

TABAQUISMO

a) Edad < 35 años	2	2	2	2
b) Edad ≥ 35 años				
(i) < 15 cigarrillos/día	3	3	3	2
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	4	4	4	3

CATEGORÍA		
I = inicio, C = continuación		
AOPS	D/EN	LNG/ETG

TABAQUISMO

a) Edad < 35 años	1	1	1
b) Edad ≥ 35 años			
(i) < 15 cigarrillos/día	1	1	1
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	1	1	1

CATEGORÍA	
I = inicio, C = continuación	
DIU-Cu	DIU-LNG

1	1
1	1
1	1



Clasificación



Cefalea primaria

☐

- ☐ Migraña sin aura
- ☐ Migraña con aura
- ☐ Cefalea tensional

Cefalea secundaria

☐

- ☐ Uso de estrógenos
- ☐ Suspensión de estrógenos

Cephalalgia 2018, Vol. 38(1) 1-211

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
	AOC = anticonceptivos orales combinados PAC = parche anticonceptivo combinado AVC = anillo vaginal anticonceptivo combinado AIC = anticonceptivos inyectables combinados				

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS									
CEFALEAS*	I	C	I	C	I	C	I	C	
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	2	1	2	1	2	1	2	Aclaración: La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el hábito de fumar. Evidencia: Entre las mujeres con migraña, aquellas que también tenían aura tuvieron un riesgo más alto de accidente cerebrovascular que las mujeres sin aura.(267-269) Entre las mujeres con migraña, aquellas que usaban AOC tuvieron un riesgo de accidente cerebrovascular de dos a cuatro veces más alto en comparación con las mujeres que no usaban AOC.(174;189;210;211;268-273)
b) Migraña									
(i) Sin aura									
Edad < 35 años	2	3	2	3	2	3	2	3	
Edad ≥ 35 años	3	4	3	4	3	4	3	4	
(ii) con aura, a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	4	4	

Anticoncepción con géstagenos solos

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA			
	AOPS	D/EN	LNG/ETG				
AOPS = anticonceptivos orales de progestina solaLNG/ETG = implantes de levonorgestrel y etonogestrel D/NE = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)							
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS							
CEFALEAS*	I	C	I	C	I	C	Aclaración: La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el tabaquismo.
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	1	1	1	1	1	
b) Migraña							
(i) sin aura							
Edad < 35 años	1	2	2	2	2	2	
Edad ≥ 35 años	1	2	2	2	2	2	
(ii) con aura, a cualquier edad	2	3	2	3	2	3	



Use of combined hormonal contraceptives among women with migraines and risk of ischemic stroke



Steven W. Champaloux, PhD, MPH; Naomi K. Tepper, MD, MPH; Michael Monsour, PhD; Kathryn M. Curtis, PhD; Maura K. Whiteman, PhD; Polly A. Marchbanks, PhD; Denise J. Jamieson, MD, MPH

Estudio sobre una base de datos

Desde el 2006-12 casi 26.000 casos de stroke 15 a 49 años

El efecto conjunto de migraña con aura y uso de anticoncepción hormonal combinada se asoció con una aumento **de 6 veces del riesgo de stroke**

El uso de anticoncepción hormonal combinada en mujeres con migraña sin aura no aumentó sustancialmente el riesgo de stroke

Headaches	a) Non-migrainous	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
	b) Migraine											
	i) without aura, age <35	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*
	ii) without aura, age ≥35	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*
	iii) with aura, any age	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*



DIABETES

	AHC	POPs	AMP	Implante	DIU	SIU Lng
Antec DBT Gestacional	1	1	1	1	1	1
Sin Enfermedad Vascular	2	2	2	2	1	2
LARCs serian una buena opción en pacientes con DBT						
No Insulino Depen	2	2	2	2	1	2
Insulino Depen	2	2	2	2	1	2
Neuropatia Retinopatia Enfer Vasculares	3/4	2	3	2	1	2



A qualitative study of the information needs of premenopausal women with breast cancer in terms of contraception, sexuality, early menopause, and fertility

Banu Karaöz ^a, Hilmiye Aksu ^{a,*}, Mert Küçük ^b

Dato Importante

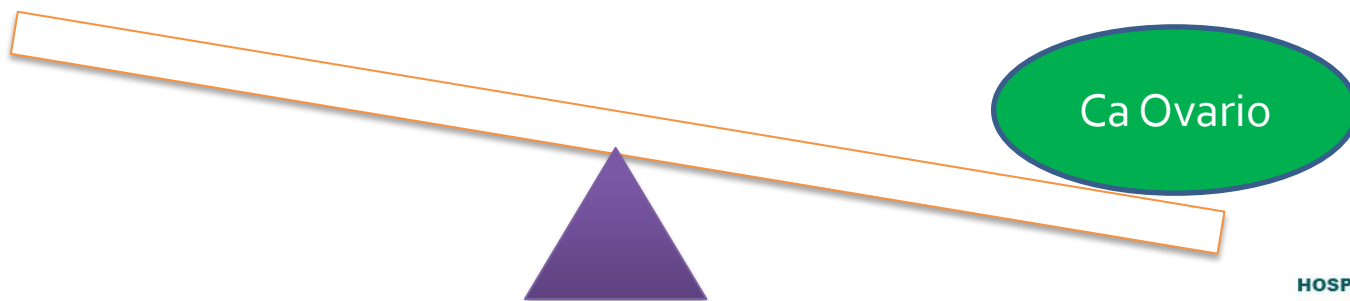
“ 35% mujeres postquimio continua menstruando ”

“ Proscripto los 2 años siguientes a la quimio buscar embarazo ”

Riesgo de Cáncer de Mama

Study	Year	Study Design	Results
Oxford Family Planning Association contraceptive study ¹	2013	Prospective cohort	RR: 1.0
Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study ²	2017	Prospective cohort	RR: 1.04
Zhu et al ³	2012	Meta-analysis	RR (ever-users): 1.08 RR (≥ 10 -yr use): 1.14

ACOG y el CDC avalan el uso de anticoncepción hormonal en mujeres con antecedentes familiares de cancer de mama y con mutaciones *BRCA*



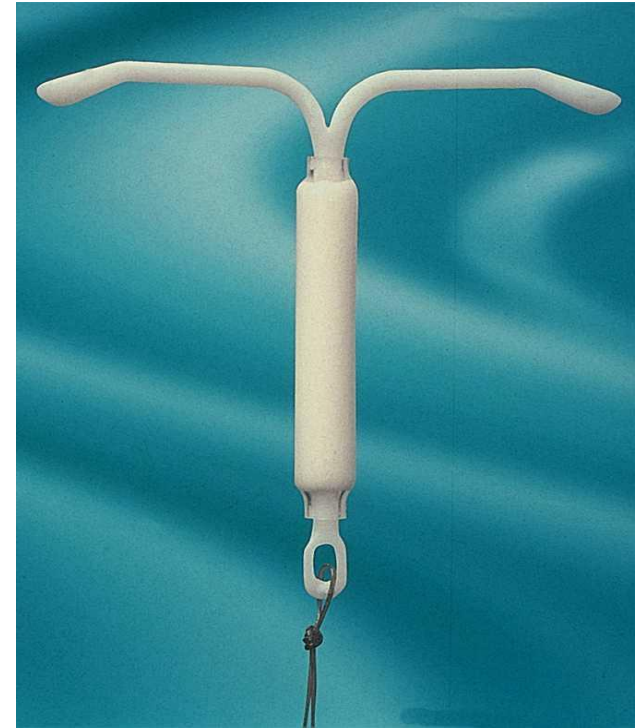
- ✓ Trompas de Falopio como origen de Ca serosos de Ovarios, 50% de Ca epiteliales en este sitio.
- ✓ Salpinguectomia bilateral con ooforectomia unilateral

Presencia de BRCA

- ✓ Recomendación: Salpinguectomia bilateral con paridad satisfecha (35-40 a BRCA1) (40-45^a BRCA)
- ✓ Evitar Menopausia Prematura Qx
- ✓ Ooforectomia en la menopausia.

Anticoncepción Intrauterina - SIU

- Sistema Intrauterino (SIU, Endoceptivo)
- Libera el progestágeno **levonorgestrel** (20 µg/día)
- Un SIU brinda 5 años de tratamiento



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- ✓ Varios estudios sugieren que se incrementa el riesgo cardiovascular en mujeres con HTA usuarias de ACO's
- ✓ Si se desarrolla HTA, el camino hacia la normalidad en el sistema renina-angiotensina lleva de 3 a 6 meses luego de suspender ACO.
- ✓ Considerar los efectos de los ACO en pacientes con HTA previa o enfermedad cardíaca.
- ✓ Desde este punto de vista, con control médico de TA y tratamiento complementario estricto (cada 3 meses), el paciente y el médico pueden optar por ACO de bajas dosis.
- ✓ RECOMENDACIÓN: monitoreo de la TA anualmente y ofrecer cambio de método a pacientes con riesgo cardiovascular.



Afección	Subafección	Combinación de píldora, parche y anillo		Píldora con progesterona solamente		Inyección		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Edad		Menarquia a <40=1		Menarquia a <18=1		Menarquia a <18=2		Menarquia a <18=1		Menarquia a <20=2		Menarquia a <20=2	
		≥40=2		18-45=1		18-45=1		18-45=1		≥20=1		≥20=1	
				>45=1		>45=2		>45=1					

Afección	Subafección	Combinación de píldora, parche y anillo		Píldora con progesterona solamente		Inyección		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C

Hipertensión	a) Hipertensión controlada adecuadamente	3*	1*	2*	1*	1	1
	b) Niveles elevados de presión arterial (mediciones tomadas adecuadamente)						
	(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3	1	2	1	1	1
	(ii) sistólica ≥160 o diastólica ≥100	4	2	3	2	2	1
	c) Vasculopatía	4	2	3	2	2	1

Características de AH

Componente Estrogenico

EE/E₂/VE
Tromboembolico
Impacto PYC 450
Aumentan los TG
Aumenta HDL
Impacto sobre la TA

Componente Gestageno

Impacto LDL
Diferentes efectos
Androgenico
Antiandrogenico
Estabilizador Endometrio
Diuretico

¿Cuáles drogas?

- **Fenitoína**
- **Carbamazepina**
- **Fenobarbital**
- Oxcarbazepina
- Primidona
- Topiramato
- Felbamato
- Rufinamida

- Levetiracetam
- Vigabantim
- Gabapentin
- Ácido valproico
- Lamotrigina
- Tiagabin
- Zonisamida
- etosuximida

categoría 3

**No afectan la eficacia
anticonceptiva**



Interacciones entre ACO y DAE

	AED may be reduced by COC	Ethinyl estradiol may be reduced by AED	Progestin may be reduced by AED
Carbamazepine	n.a.	Yes	Yes
Eslicarbazepine	n.a.	Yes	Yes
Felbamate	n.a.	Yes	Yes
Gabapentin	n.a.	No	No
Lacosamide	no	No	No
Lamotrigine	Yes	No	Yes
Levetiracetam	No	No	No
Oxcarbazepine	n.a.	Yes	Yes
Perampanel	n.a.	No	Yes ^a
Phenobarbital	n.a.	Yes	Yes
Phenytoin	n.a.	Yes	Yes
Pregabalin	n.a.	n.a.	n.a.
Retigabine/ezogabine	No	No	No
Rufinamide	No	Yes	Yes
Stiripentol	n.a.	n.a.	n.a.
Topiramate	n.a.	Yes ^a	No
Valproate	Yes	No	No
Zonisamide	No	No	No



Benzodiazepinas y ACH

No se demostraron
interacciones farmacológicamente
relevantes entre Benzodiazepinas y
ACO

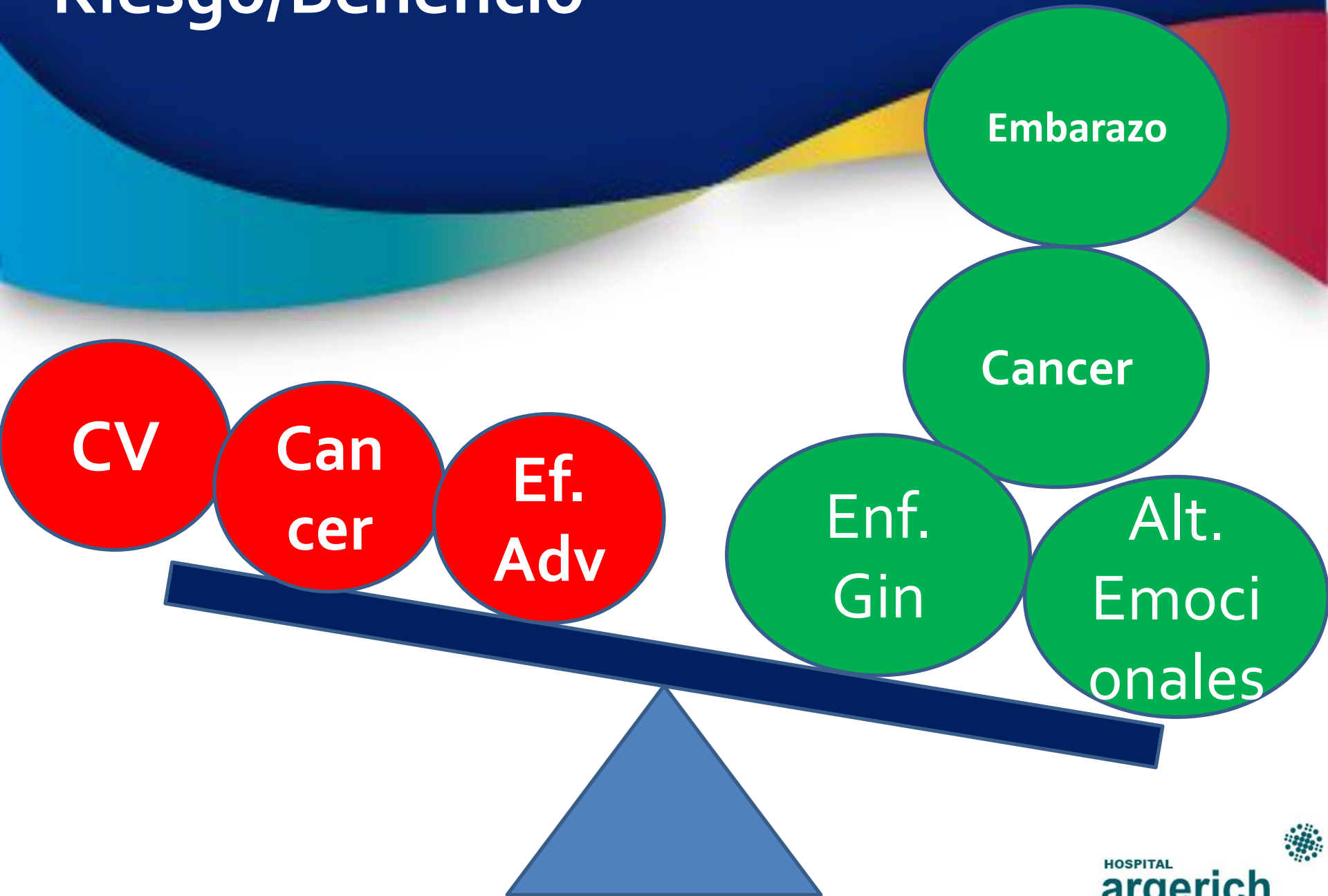
Interacción entre DAE y hormonas sexuales

- Estrógenos: pro-convulsivantes.
- Progestágenos: anticonvulsivantes.
- Algunas DAE se metabolizan (e inducen) a través del citocromo P₄₅₀ isoenzima CYP_{3A4}.

Lamotrigina

- Los ACO disminuyen los niveles de lamotrigina pudiendo aparecer convulsiones.
- Si lamotrigina se combina con valproato (que inhibe la glucuronización de lamotrigina) NO disminuyen los niveles de lamotrigina con el uso de ACO.
- Su efecto depende no solo de la dosis sino de su combinación con otras drogas.

Riesgo/Beneficio



Do women aged over 40 need different counseling on combined hormonal contraception?

Nicolás Mendoza^{a,*}, Esperanza Soto^a, Rafael Sánchez-Borrego^b

^a Department of Obstetrics and Gynecology, University of Granada, Granada, Spain

^b DIATROS, Barcelona, Spain

SI

- ✓ Estado actual clinico
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Peso
- ✓ TA
- ✓ Estado Tromboembolico

Cuándo pasar de la anticoncepción oral a la terapia de reemplazo hormonal?

- *¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?*

Aún los anticonceptivos orales de baja dosis contienen más estrógenos de los necesarios para la postmenopausia

- *DIFICULTAD EN DETERMINAR EL MOMENTO DE LA MENOPAUSIA EN LAS USUARIAS DE A.O.*
 - A los 50 años: dosaje de FSH
 - Con FSH mayor a 30 mU/ml pasar a terapia de reemplazo hormonal



Cuando pasar de AH a TRH

Mujer 50 años

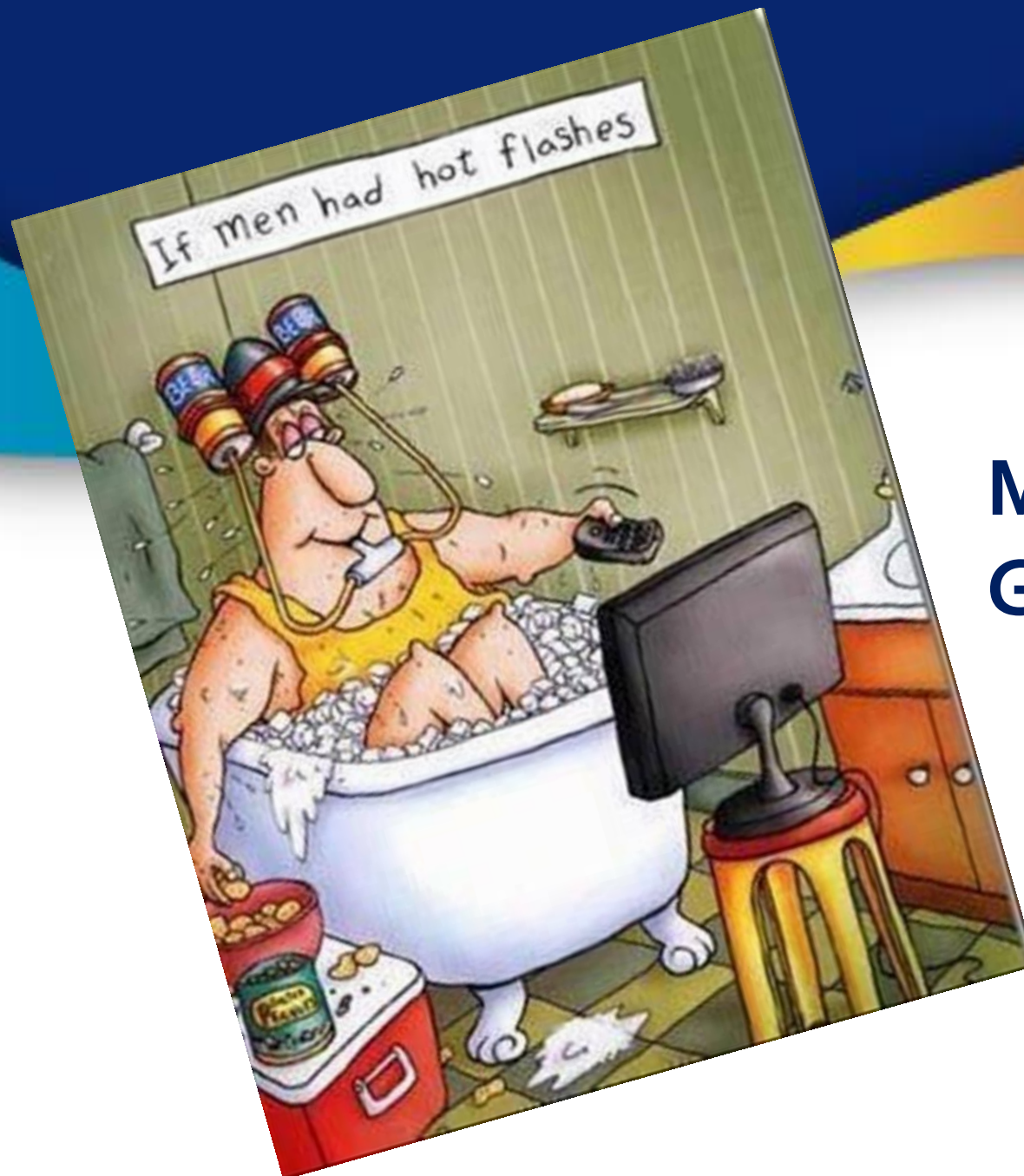
- ✓ Suspensión del AH y 3 meses de AM
- ✓ Realizar Laboratorio
- Dosar FSH y E2 después de 14 días libre de AH
- FSH < 30 IU/l mantener AH
- Repetir FSH al año.



- ✓ Durante la Transición se debe accionar en un MAC
- ✓ Tener en cuenta en esta etapa el estado clínico.
- ✓ Dosar FSH al 7mo día libre de AH o al día 14 libre de AH.
- ✓ FSH < 30 IU/l deberá continuar su cuidado contraceptivo.
- ✓ Dosar FSH al año 2 dosajes con diferencia de 6 semanas.
- ✓ EE > E2 tromboembólico
- ✓ En esta etapa si tener en cuenta el potencial oncológico.



- ✓ Progestageno solo es una opcion.
- ✓ Combinado Ojo!!! Riesgo cardiovascular
- ✓ Efecto beneficioso NO contraceptivo.
DUB
Disminuye Riesgo Cancer
Disminuye Sofocos
- ✓ LARCs Primera línea de elección
- ✓ Cuidado integral de la salud: dieta equilibrada, actividad física, Buena vida!!!



**Muchas
Gracias**

draviviana@gmail.com

HOSPITAL
argerich

