



GRUPO DE INVESTIGACIÓN
"SALUD DE LA MUJER"

**Universidad
de Cartagena**

Fundada en 1827



ANTICONCEPCION Y ESTADOS MORBIDOS COMUNES (ASOCIADOS A LA DIABETES)

Dr. Álvaro Monterrosa Castro
Ginecología y Obstetricia
Recertificado por FECOLSOG-CAMEC



CONFLICTOS DE INTERÉS:

El autor de la presentación es explorador de la terapéutica hormonal.

Tiene publicaciones y presentaciones sobre diferentes moléculas hormonales.

No ha tenido ni tiene compromisos con la industria farmacéutica que le limiten su libre pensamiento y actuación, aunque tiene frecuente interacción académico/profesional.

No ha recibido financiación para elaborar o adelantar esta presentación

5

Fifth edition, 2015

Medical eligibility criteria for contraceptive use

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

A WHO family planning cornerstone

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs



Centers for Disease Control and Prevention

MMWR

Morbidity and Mortality Weekly Report

Recommendations and Reports / Vol. 62 / No. 5

June 21, 2015

U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016



Continuing Education Examination available at <http://www.cdc.gov/mmwr/cme/conted.html>.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

No. 329, April 2017 (replaces No. 143, February, March, April 2004; No. 174, April 2006; No. 205, March 2008; No. 219, November 2008; No. 252, December 2010; No. 280, September 2012)

No. 329-Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception

This Clinical Practice Guideline has been prepared by the Contraception Consensus Working Group; reviewed by the Family Physicians Advisory, Aboriginal Health Initiative, Clinical Practice-Gynaecology, and the Canadian Paediatric and Adolescent Gynaecology and Obstetricians (CANPAGO) Committees; and approved by the Executive and Board of the SOGC.

PRINCIPAL AUTHORS

Amanda Black (co-chair), MD, Ottawa, ON
Edith Guilbert (co-chair), MD, Quebec, QC

CO-AUTHORS

Dustin Costescu, MD, Hamilton, ON
Sheila Dunn, MD, Toronto, ON
William Fisher, PhD, London, ON
Sari Kives, MD, Toronto, ON
Melissa Mirosch, MD, Saskatoon, SK
Wendy V. Norman, MD, Vancouver, BC

Helen Pymar, MD, Winnipeg, MB
Robert Reid, MD, Kingston, ON
Geneviève Roy, MD, Montréal, QC
Hannah Varto, NP(F), Vancouver, BC
Ashley Waddington, MD, Kingston, ON
Marie-Soleil Wagner, MD, Montréal, QC
Anne Marie Whelan, PharmD, Halifax, NS

SPECIAL CONTRIBUTOR

Carrie Ferguson, MD, Kingston, ON
Disclosure statements have been received from all members of the committee(s).

Abstract

Objective: To provide guidelines for health care providers on the use of contraceptive methods to prevent pregnancy and on the promotion of healthy sexuality.

Outcomes: Overall efficacy of cited contraceptive methods, assessing reduction in pregnancy rate, safety, and side effects; the effect of cited contraceptive methods on sexual health and general well-being; and the availability of cited contraceptive methods in Canada.

Evidence: Medline and the Cochrane Database were searched for articles in English on subjects related to contraception, sexuality, and sexual health from January 1994 to December 2015 in order to update the Canadian Contraception Consensus published February-April 2004. Relevant Canadian government publications and position papers from appropriate health and family planning organizations were also reviewed.

Key Words: Contraception, family planning, Canada, sexual health, hormonal contraception, emergency contraception, combined hormonal contraception, oral contraceptive pill, transdermal contraceptive patch, vaginal contraceptive ring, continuous hormonal contraception

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(4):229–268

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.10.005>

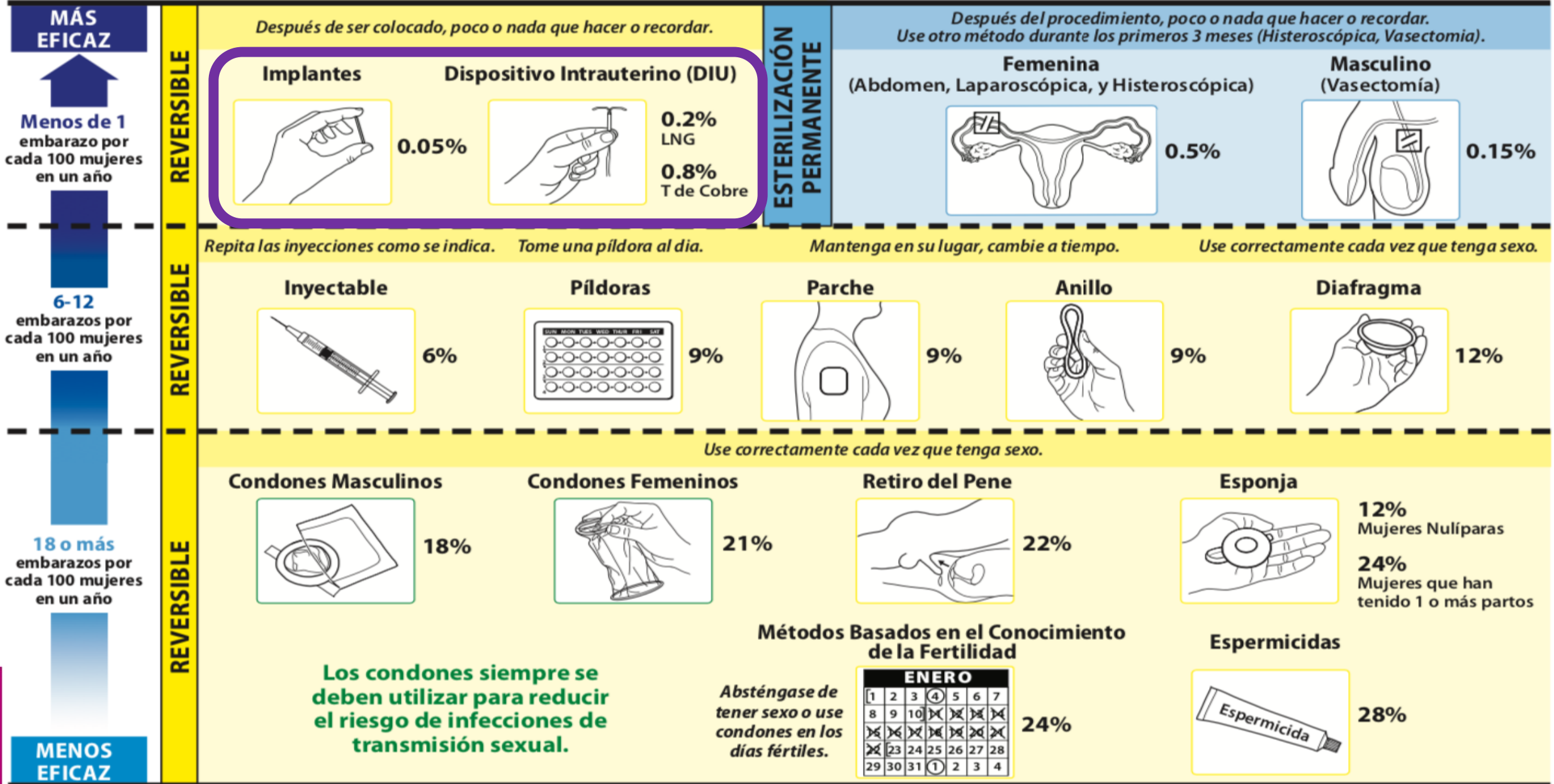
Copyright © 2017 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

This document reflects emerging clinical and scientific advances on the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed. Local institutions can dictate amendments to these opinions. They should be well documented if modified at the local level. None of these contents may be reproduced in any form without prior written permission of the publisher.

Women have the right and responsibility to make informed decisions about their care in partnership with their health care providers. In order to facilitate informed choice, women should be provided with information and support that is evidence based, culturally appropriate, and tailored to their needs. The values, beliefs, and individual needs of each woman and her family should be sought, and the final decision about the care and treatment options chosen by the woman should be respected.

EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*

*Los porcentajes indican el número de cada 100 mujeres con un embarazo accidental dentro del primer año de uso típico de cada método anticonceptivo.

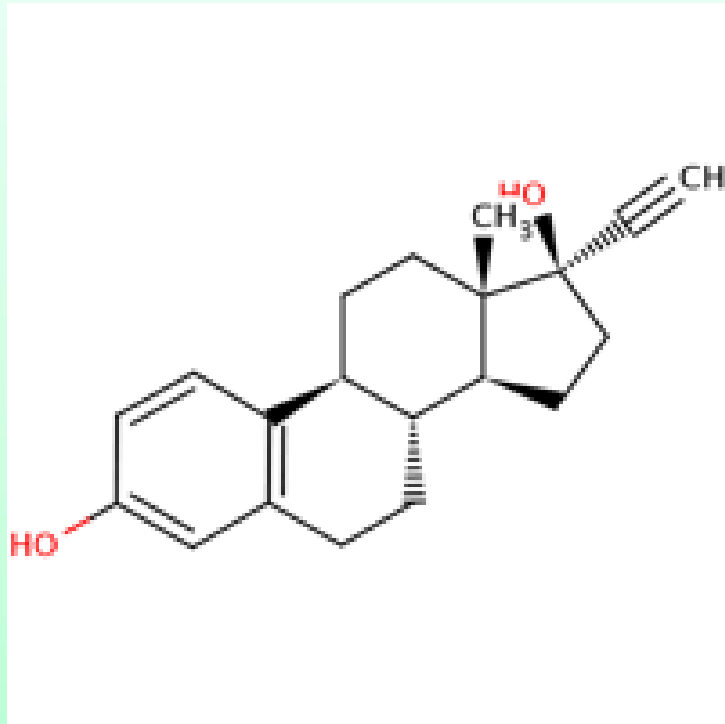


Los condones siempre se deben utilizar para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Absténgase de tener sexo o use condones en los días fértiles.

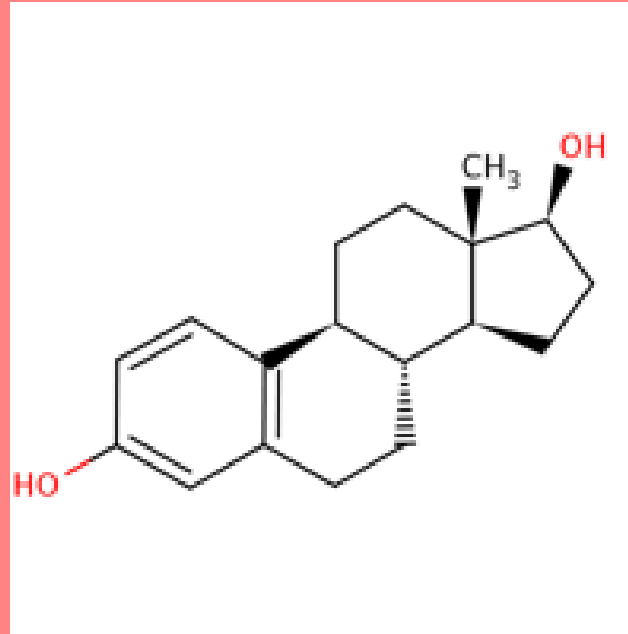
ENERO						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4

Etinilestradiol (EE)



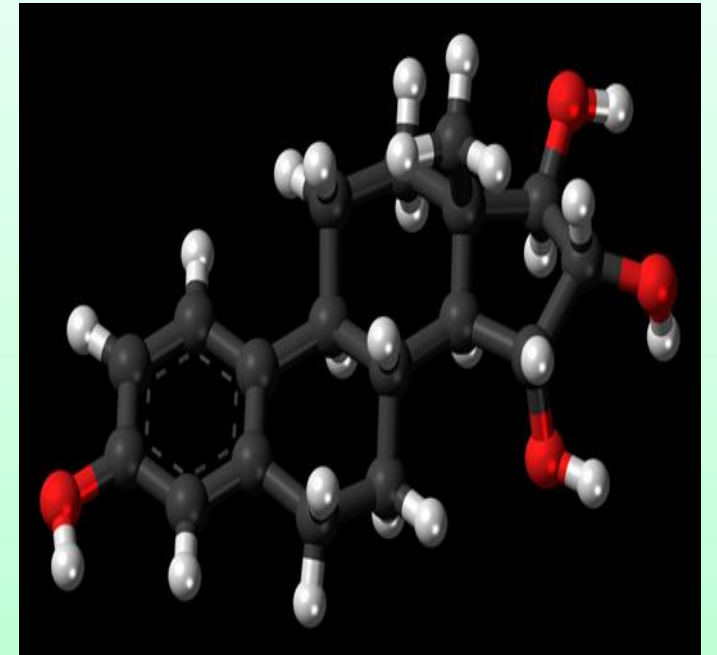
- Derivado sintético
- Actualmente el más disponible

17-β-estradiol (E2)



- Principal estrógeno natural
- Más activo que sus metabolitos

Estetrol (E4)



Estrógeno débil
Origen Hígado Fetal



CLASIFICACION DE LAS PROGESTINAS

19 NORTESTOSTERONA DERIVADOS		17- α - PROGESTERONA DERIVADOS		Híbrido
Estranos	Gonanos	Pregnanos	Norpregnanos	
Noretindrona Noretinodrel Linstrenol Etinodiol Norgesterona Quingestanol Norgestrieno	Norgestrel Levo-norgestrel Desogestrel Gestodeno Norgestimato	Ciproterona Clormadinona Megestrol Medroxiprogesterona Superlutina	Nomegestrol Trimegestona Promogestona	Drospirenona Dienogest
			MODULADOR SELECTIVO DEL RECEPTOR PROGESTERONA	
			Acetato de Ulipristal	
19-NORPROGESTERONA NO ANDROGENICO				
Acetato de Segesterone (Annovera©) (Nestorene©)				

ANTICONCEPCION HORMONAL


ANTICONCEPCION HORMONAL		
COMBINADOS	ESTROGENO <ul style="list-style-type: none">• Etinilestradiol• 17-β-Estradiol• Valerato estradiol• Estetrol (E4) + PROGESTINA	<ul style="list-style-type: none">• ORAL• VAGINAL• PARCHES• INTRAMUSCULAR
SOLO PROGESTINA	<ul style="list-style-type: none">• Levonorgestrel• Desogestrel• Drospirenona (24/4)• A. Medroxiprogesterona	<ul style="list-style-type: none">• ORAL• SUBDERMICOS• SIU• INTRAMUSCULAR

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS ORALES

GENERACIONES

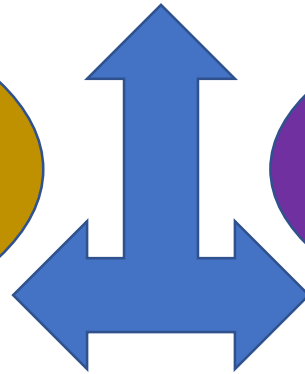


Primera (60s)	Segunda (70s)	Tercera (80s)	Cuarta (2000)	Quinta (2019)
Noretindrona Noretinodrel Linestrenol Etinodiol EE Altas Dosis	Norgestrel Levo- norgestrel EE Micro Dosis	Desogestrel Gestodeno Norgestimato EE Micro Dosis EE Baja Dosis EE Ultra Baja Dosis	Ciproterona Clormadinona Drospirenona Nomegestrol Dinegest EE Micro Dosis EE Baja Dosis EE Ultra Baja Dosis Estradiol Baja Dosis	Drospirenona Estetrol (Baja Dosis)



***METABOLISMO
CARBOHIDRATOS***

ESTROGENOS



PROGESTINAS

Macro dosis

Micro dosis

Muy bajas Dosis

Ultra bajas dosis



Androgénicas
Antiandrogénicas

Monterrosa A.
Anticoncepción Oral:
Consideraciones Generales. 2019

METABOLISMO CARBOHIDRATOS

ESTROGENOS

Macro dosis ←
Micro dosis
Muy bajas Dosis
Ultra bajas dosis

Intolerancia a la Glucosa
Inducen Resistencia a la Insulina
Hiperinsulinemia
Aumento del LDL-Colesterol
Hipertrigliceridemia
Disminución del HDL-Colesterol
Hipertensión
Aumento del Tejido Graso

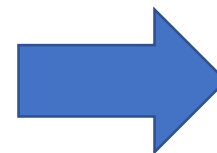
METABOLISMO CARBOHIDRATOS

**La Capacidad Androgénica:
Disminución de la Insulina
Insensibilidad de los Receptores**

PROGESTINAS

**Gonanos: Cambios Leves Primeros
Ciclos, Sin Impacto Clínico**

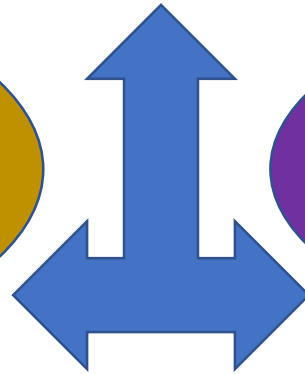
Mejor



**Androgénicas
Antiandrogénicas**

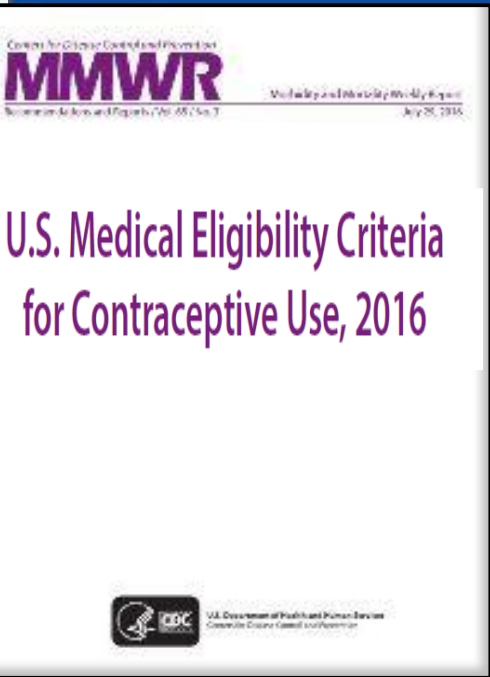
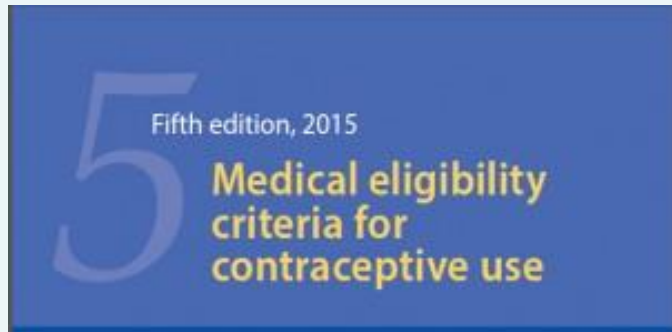
METABOLISMO CARBOHIDRATOS

ESTROGENOS



PROGESTINAS

La Progestina de los Anticonceptivos Orales Combinados es la Principal Responsable de la Alteración de los Carbohidratos, Acción que Puede ser Modulada por el Componente Estrogénico



CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

1	No existe restricción para utilizar el método
2	Las ventajas Superan los riesgos
3	Los Riesgos superan las ventajas
4	Existe Riesgo Inaceptable para la Salud

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>

METODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD (FAB)

A	Aceptado (Accept)
P	Precaución (Caution)
R	Retrasar (Delay)

Basados en Síntomas
Basados en Calendario
Especial Consejería
No Tienen C. Elegibilidad
Combinados M. Barrera

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im-plantes	DIU-Cu	
Embarazo		NA	NA	NA		
Lactancia materna	Menos de 6 semanas posparto					
	6 semanas a < 6 meses posparto				NC	
	6 meses posparto o más					
Posparto	Menos de 21 días, sin dar de amamantar				NC	
	< 48 horas incluida posplacenta inmediata					
	≥ 48 horas a menos de 4 semanas	NC	NC	NC		
	Sepsis puerperal					
Postaborto						
Post-sepsis inmediata						
Tabaquismo	Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día					
	Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día					
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular						
Hipertensión arterial PA = presión arterial	Historia de PA (donde no se puede evaluar)					
	PA está controlada y se puede evaluar					
	PA elevada (sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99)					
	PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100)					
	Enfermedad vascular					
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)	Historia de TVP/EP					
	TVP/EP aguda					
	TVP/EP, establecida en tratamiento con anticoagulantes					
	Cirugía mayor con inmovilización prolongada					
Mutilaciones trombogénicas diagnosticadas						
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o (historia de) accidente cerebrovascular				I	C	
Hiperlipidemias diagnosticadas						
Cardiopatía valvular complicada						
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no diagnosticados					
	Trombocitopenia grave		I	C	I	C
	Tratamiento inmunosupresor				I	C
Dolores de cabeza	No migrañosos (leves o graves)	I	C			
	Migraña sin aura (edad < 35 años)	I	C			
	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	I	C			
	Migraña con aura (a cualquier edad)		I	C	I	C
Patrones de sangrado vaginal	Irregular, sin sangrado abundante					
	Abundantes o prolongados, irregulares y regulares					
	Sangrado inexplicado (antes de la evaluación)				I	C

- Categoría 1 No hay restricciones para su uso.
- Categoría 2 Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento.
- Categoría 3 Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
- Categoría 4 No se debe usar el método.

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im-plantes	DIU-Cu	
Enfermedad trofoblástica gestacional	Niveles de regresión β-hCG o indetectables					
	Niveles de β-hCG persistentes elevados o enfermedad maligna					
Cánceres	Cervical (esperando tratamiento)				I	C
	Endometrial				I	C
	Ovárico				I	C
Enfermedad mamaria	Masa no diagnosticada	*	*	*		
	Cáncer actual					
	Pasada sin evidencia de enfermedad por 5 años					
Distorsión uterina debido a fibromas o anomalías anatómicas						
ITS/EPI	Cervicitis purulenta, clamidia, gonorrea actual				I	C
	Vaginitis					
	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual				I	C
	Otras ITS (excluyendo VIH/hepatitis)					
	Riesgo aumentado de contraer ITS					
Riesgo individual muy alto de exposición a ITS					I	C
Tuberculosis pélvica					I	C
Diabetes	Enfermedad no vascular					
	Enfermedad vascular o diabetes por > 20 años					
Enfermedad sintomática (actual o en tratamiento médico) de la vesícula biliar						
Colestasis (Historia de)	Relacionada con el embarazo					
	Relacionada con los anticonceptivos orales					
Hepatitis	Aguda o signo	I	C			
	Crónica o la cliente es portadora					
Cirrosis	Leve					
	Grave					
Tumores hepáticos (adenoma hepatocelular y hepatoma maligno)						
VIH						
SIDA	Alto riesgo de VIH o infectada por el VIH					
	Sin terapia antirretroviral (ARV)				I	C
	Clinicamente bien en la terapia ARV	ver interacción medicamentosa				
No clínicamente bien en la terapia ARV		ver interacción medicamentosa			I	C
Interacciones de medicamentos, incluyendo el uso de:	Inhibidores nucleósidos de transcriptasa reversa					
	Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa reversa					
	Ritonavir; inhibidores proteasa reforzados con ritonavir					
	Rifampicina o rifabutina					
	Terapia con anticonvulsivantes**					

A diferencia de versiones anteriores del Cuadro de referencia rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad, esta versión incluye una lista completa de todas las condiciones clasificadas por la OMS como Categoría 3 y 4.

I/C (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, una cliente que actualmente padece una EPI que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4, y no se le debe insertar un DIU. Sin embargo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Esto significa que generalmente podría continuar usando el DIU y recibir tratamiento para combatir la EPI con el DIU insertado. Donde no se ha marcado I/C, la categoría es la misma para la iniciación y continuación.

NA (no aplicable): Las mujeres que están embarazadas no requieren anticoncepción.

NC (no clasificada): La condición no es parte de la clasificación de la OMS para este método.

* La evaluación de una masa no diagnosticada debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible.

** Los anticonvulsivantes incluyen: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina, y lamotrigina. Lamotrigina es Categoría 1 para los implantes.

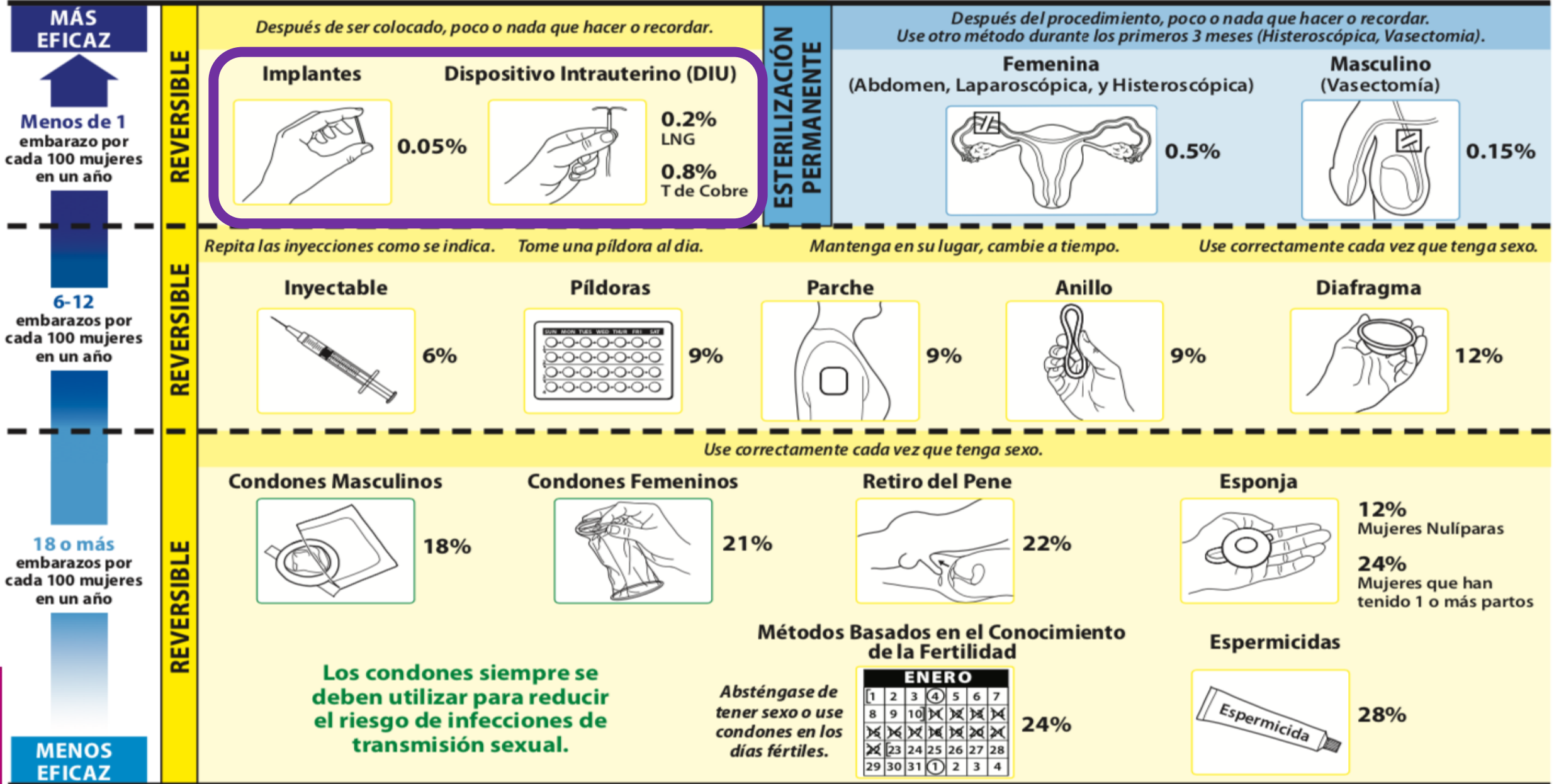
	COMBINADOS	PROGESTINA	AMP	AE	SIU	DIU	BARRERA	EP
H. Diabetes Gestacional	1	1	1	1	1	1	1	A
Diabetes-I	2	2	2	2	2	1	1	P
Diabetes-II	2	2	2	2	2	1	1	P
Diabetes con N/N/R	3/4	2	3	1	2	1	1	P
Diabetes de 20 años/V	3/4	2	3	1	2	1	1	P
Dislipidemias	2/3	2	2	1	2	1	1	A
Obesidad	2	1	1/2	1	1	1	1	P
C. Bariátrica Restrictiva	1	1	1	1	1	1	1	-
C. Bariátrica Mal absor.	3	3	1		1	1	1	-

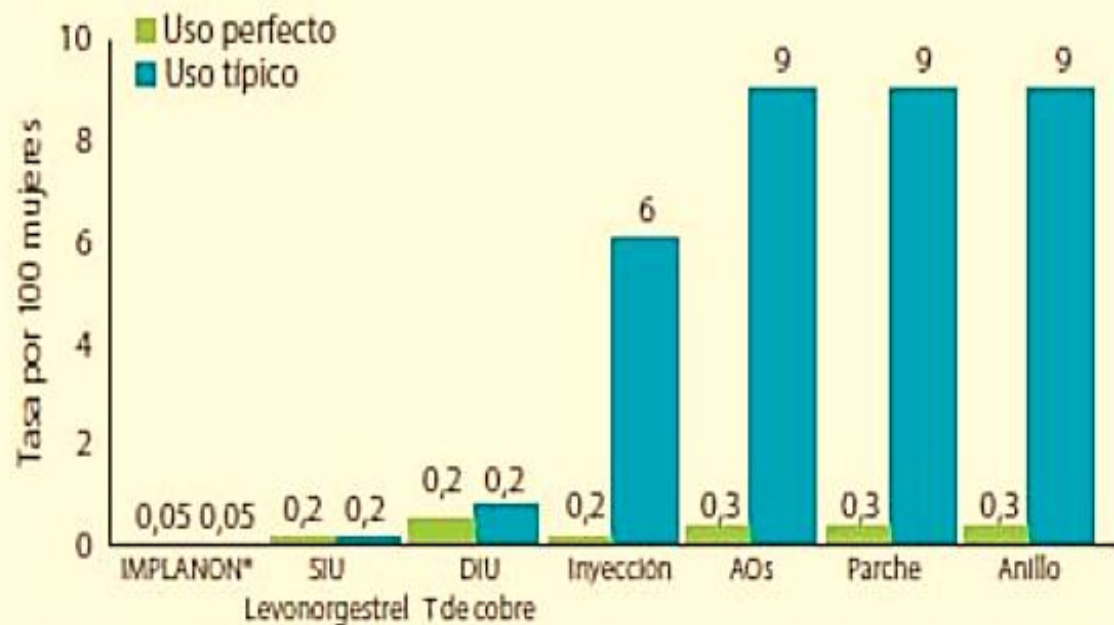
	COMBINADOS	PROGESTINA	AMP	AE	SIU	DIU	BARRERA	EP
HIE	2	1	1	1	1	1	1	A
HTA (controlada)	3	1	2	1	1	1	1	A
HTA (sin control)	4	2	3	2	2	1	1	R
HTA + Enfer. Vascular	4	2	3	2	2	1	1	R
Enfermedad Isquémica	4	2/3	3	2	2/3	1	1	R
Múltiples Fx. Riesgo ECV	3/4	2	3	2	2	1	1	P
Cardiopatía Valvular	2/4	1	1	2	1	1	1	P
ACV	4	2/3	3	2	2	1	1	P

	COMBINADOS	PROGESTINA	AMP	AE	SIU	DIU	BARRERA	EP
Vena Varices	1	1	1	1	1	1	1	A
Tromboflebit Superficial	2	1	1	1	1	1	1	A
Mutaciones Trombogénic	4	2	2	1	2	1	1	A
Historia familiar ETV/EP	2	1	1	1	1	1	1	A
Historia de ETP/EP	4	2	2	2	2	1	1	A
ETP/EP Aguda	4	2	2	2	2	2	1	R
Cirugía Mayor (inmovilizada)	4	2	2	2	2	1	1	R

EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*

*Los porcentajes indican el número de cada 100 mujeres con un embarazo accidental dentro del primer año de uso típico de cada método anticonceptivo.





SIU= sistema intrauterino; DIU=dispositivo intrauterino; AO=anticonceptivo oral (píldoras de progestina sola y combinadas).

1. Trussell J. Contraception 2011;83:397-404

**Con los Métodos LARCS:
La eficacia no depende de la
adherencia o del uso perfecto,
son bien tolerados
sin efectos adversos relacionados con
los estrógenos**

Método anticonceptivo	Riesgo de embarazo en 1 año en cada 100 mujeres	Tasa de continuidad en 1 año (%)
Condón	18	43
Píldora	9	67
Inyectables	6	56
DIU de cobre	0,8 (8 en 1 000)	78
Ligadura de trompas	0,5 (5 en 1 000)	100
Vasectomía	0,15 (1,5 en 1 000)	100
DIU - LNG	0,2 (2 en 1000)	80
Implante Etonogestrel	0,05 (0,5 en 10 000)	84

Fuente: Trussell J. Contraception. 2011 May;83(5):397-404.



M.D. OBG
Alvaro Monterrosa Castro

NUEVO!

ANTICONCEPCIÓN ORAL: Consideraciones Generales

eBOOK

Disponible

(para teléfonos. Tablet y dispositivos electrónicos)

<https://www.amazon.com/dp/B07FXFRBS1>

<https://www.amazon.es/dp/B07FXFRBS1>

VERSIÓN IMPRESA TAPA BLANDA:

amazon.com

<https://www.amazon.com/dp/1717942040>

<https://www.amazon.es/dp/1717942040>

autoreseditores

<https://www.autoreseditores.com>

DISPONIBLE EN SU BUSCADOR COMO:

Anticoncepción Oral: Consideraciones Generales



Álvaro Monterrosa Castro. M.D, OBG

www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co



**PDF
LIBRE**

**Los Profesionales
de la Salud
Disponen de
Suficientes
Métodos para
Satisfacer las
Necesidades de las
Mujeres en Cuanto
a Control Natal**



**Las Mujeres Deben
Recibir Consejería
y Adoctrinamiento
sobre
Anticonceptivos de
Elevada Calidad,
sobre todo si
presentan Estados
Mórbidos**