



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827

ANTICONCEPCION EN LA TRANSICION A LA MENOPAUSIA



Alvaro Monterrosa-Castro



Director. Grupo de Investigación Salud de la Mujer -
Facultad de Medicina- Universidad de Cartagena
Colombia

Conflicts of interest: None
I have no financial relationships to disclose

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			Low	Variable*	↑ Variable*	↑ >25 IU/L**	↑ Variable	Stabilizes		
AMH			Low	Low	Low	Low	Low	Very Low		
Inhibin B				Low	Low	Low	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

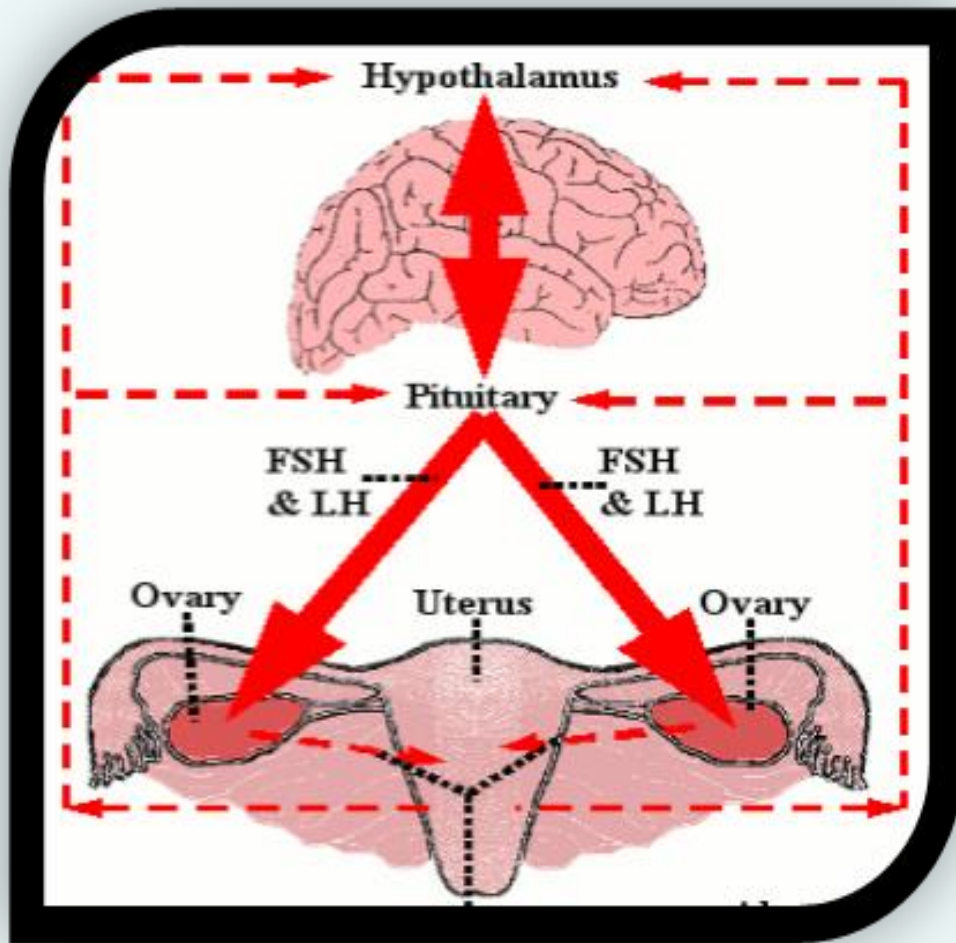
**Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard⁶⁷⁻⁶⁹

FIG. 2. The Stages of Reproductive Aging Workshop + 10 staging system for reproductive aging in women.



Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging

Características Endocrinas de la Transición a la Menopausia



Disminución Función Ovárica
Disminución Dotación Folicular
Disminución Inhibina
Disminución H. Antimülleriana
Elevación FSH - Estabilidad LH
Ciclos Anovulatorios
Acortamiento de los Ciclos
Menor Calidad del Oocito
Menor Calidad del Endometrio
Potencialidad del Embarazo

Condiciones Obstétricas de la Transición a la Menopausia

Embarazo No Deseado
Aborto inseguro
Aumento Morbilidad Materna
Aumento Mortalidad Materna
Patologías Cardiovasculares
Hipertensión Arterial
Dislipidemias - Tabaquismo
Cáncer - Miomas - Diabetes
Aborto Espontáneo
Morbilidad Perinatal
Mortalidad Perinatal



Kenny LC, et al. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: Evidence from a large contemporary cohort PLOS ONE. 2013;8(2):e56583

USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



METODOS DE PLANIFICACION

40 – 44 años

45 – 49 años

Esterilización femenina

47.0

44.6

Esterilización masculina

3.6

2.1

Píldoras

3.8

2.5

Diu

5.8

4.7

Inyectables

2.3

1.5

Implantes

0.3

0.1

Condón

5.5

3.9

Coito Interrumpido

3.0

2.3

Ritmo

2.5

2.2

NO UTILIZA NINGUN METODO

25.7

35.6

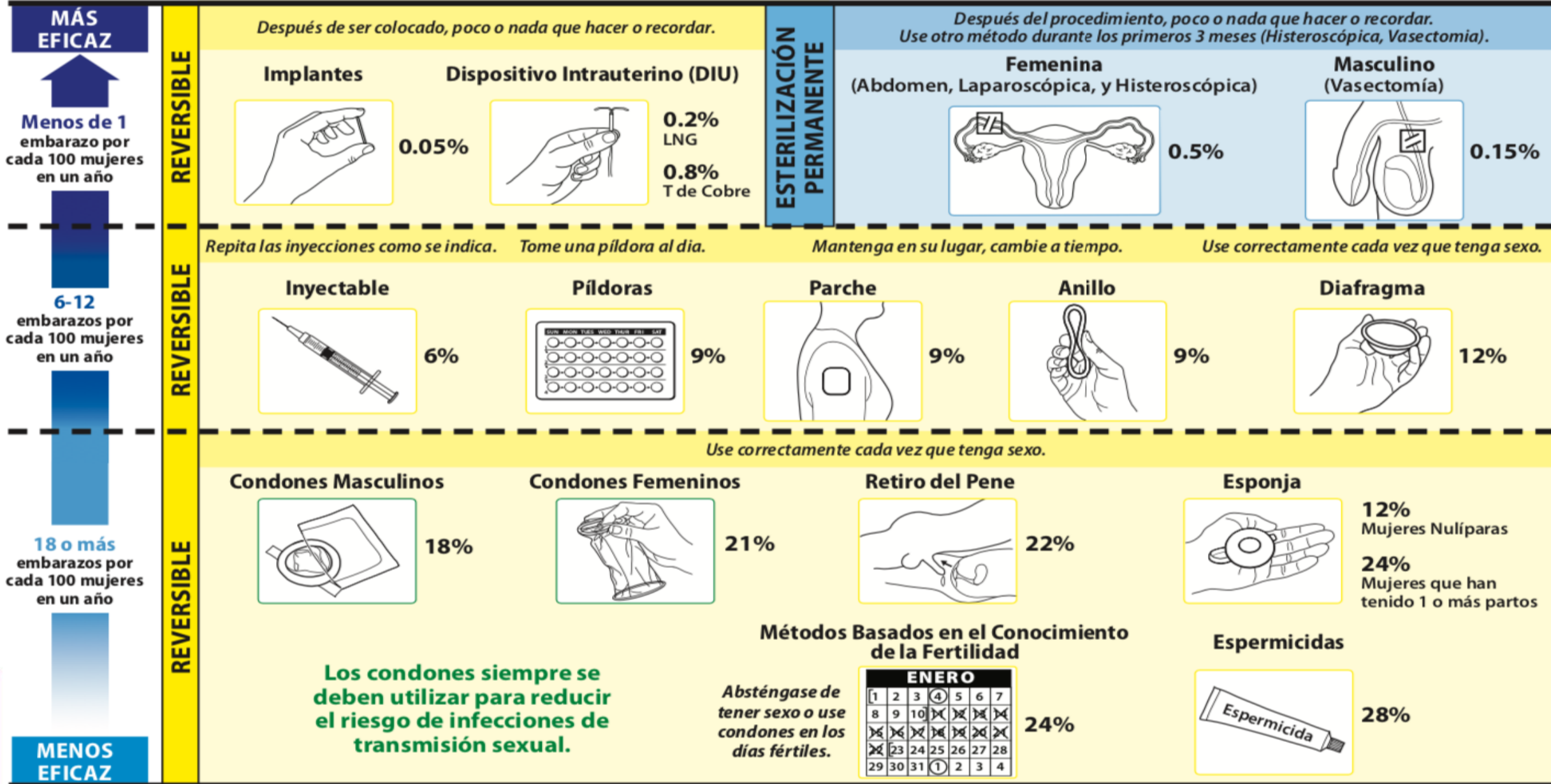
NO HUBO DIALOGO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

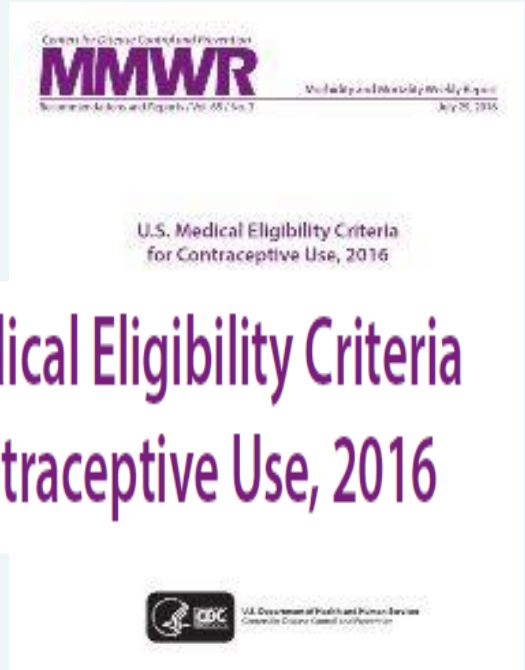
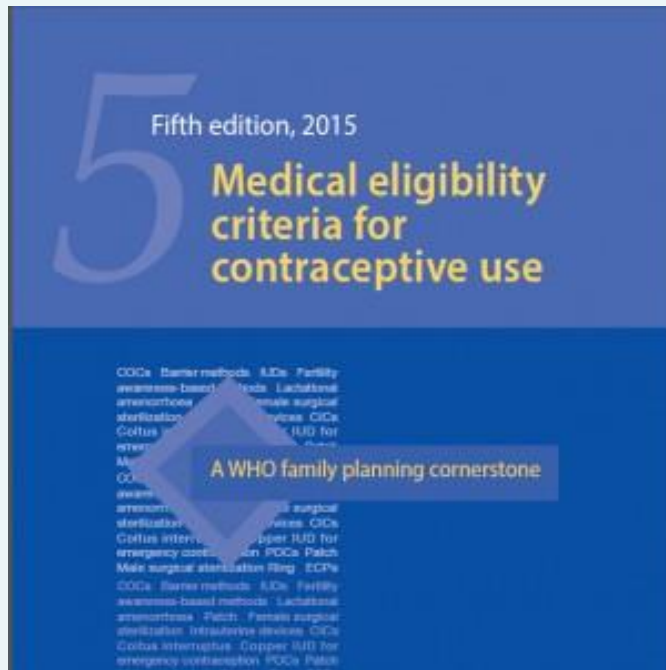


	TOTAL
Rango Etario: 40 – 44 años	83.4
Rango Etario: 45 – 49 años	88.5
Urbana (*)	77.5
Rural (*)	76.0
Región Caribe, Central, Andina (*)	± 80.0
Sin educación (*)	79.8
Superior (*)	75.9
Índice de Riqueza bajo (*)	76.4
Índice de Riqueza alto (*)	75.9
Total (*)	79.4

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.





http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>

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

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					
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					
Tuberculosis pélvica					
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	Alto riesgo de VIH o infectada por el VIH				
SIDA	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 nucleosídicos de transcriptasa reversa				
	Inhibidores no nucleosídicos 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.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD - PLANIFICACION ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA Salud

Cuarta edición. 2009 – Quinta Edición 2015

Mujeres Mayores de 40 años de edad - SALUDABLES

Anticonceptivos orales combinados	2
Anticonceptivos combinados inyectables	2
Anticonceptivos combinados parches / vaginales	2
Anticonceptivos orales Solo progestinas	1
Anticonceptivos Solo progestina IM	40 - 45 años: 1 + 45 años: 2
Implantes de solo progestina	1
DIU de cobre	1
Sistema Intrauterino Levonorgestrel (SIU)	1
Barrera	1
Anticoncepción de Emergencia	1

Criteria De Elegibilidad - Planificacion Familiar
Centers For Disease Control And Prevention
U.S. Medical Elegibility Criteria For Contraceptive Use 2016
No Saludables

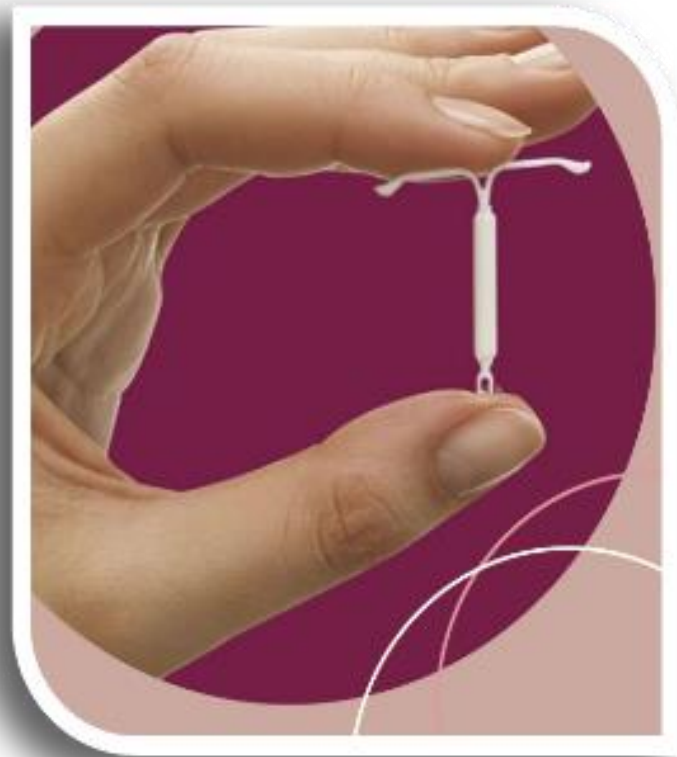
Riesgo Cardiovascular	1	2	2	3	2	3/4
Historia Trombosis Venosa	1	1	1	1	1	3
Cefaleas Sin Migrañas	1	1	1	1	1	1
Migrañas con Aura	1	1	1	1	1	4
Habito Actual de Fumar	1	1	1	1	1	3/4
Obesidad	1	1	1	1	1	2
Cirugía Bariátrica	1	1	1	1	1	1
Cirugía Bariátrica con Mala Absorción	1	1	1	1	3	3
Hipertensión Arterial	1	1	1	2	1	3
Sangrado Genital No explicado	4/2	4/2	3	3	3	2
METODO DE PLANIFICACION	DIU	SIU	IMP	DMPA	POP	ACO

Criterios de elegibilidad - planificacion familiar
Centers for disease control and prevention
U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2016

No saludables

Depresión	1	1	1	1	1	1
Enfermedad Reumática – Artritis	1	1	1	2/3	1	2
Lupus Eritematoso Sistémico	1	3	3	3	3	4
Masa Mamaria No diagnosticada	1	2	2	2	2	2
Enfermedad Mamaria Benigna	1	1	1	1	1	1
Historia Familiar Cáncer Mama	1	1	1	1	1	1
Cáncer Mamario Actual	1	4	4	4	4	4
Cáncer de Mama anteriormente, Más de 5 años Supervivencia	1	3	3	3	3	3
Historia Diabetes Gestacional	1	1	1	1	1	1
Diabetes TIPO-I Tipo-II	1	2	2	2	2	2
METODO DE PLANIFICACION	DIU	SIU	IMP	DMPA	POP	ACO

SIU-LNG 52mg un LARC de solo progestina con acción contraceptiva de acción periférica



SIU-LNG: 13.5mg
SIU-LNG: 19.5mg

- Acción contraceptiva local (periférica)
- Efecto antiproliferativo endometrial
- Espesamiento y hostilidad en moco cervical
- Bajos niveles de absorción, escaso efecto sistémico
- Método reversible de solo progestina
- Aprobado para utilizar en 8 años (FDA-2022)
- Uno de los Tres Anticonceptivos de Larga Duración (LARC): DIU-Cobre–Implantes progestina–SIU-LNG
- Efectividad anticonceptiva típica/perfecta similar
- 2001: Backman T, et al. 60.000 mujeres Finlandia: tasa de continuidad 90% (al año)
- 2020: Jensen JT, et al. Satisfacción superior al 92.5%

SIU-LNG 52mg: Sus Beneficios No Contraceptivos (Indicaciones Terapéuticas)

Protección endometrial (Terapia Estrogénica de la Menopausia)

- **Años 60s: Estrógeno induce hiperplasia endometrial**
- **Estrógeno es la principal opción en síntomas de la menopausia**
- **Años 70s Estudio PEPI. Estrógeno + progestina (THM): útero intacto. * Estrógeno (TE): histerectomizadas**
2015 Depypere H, et al. (Revisión Clínica)
- **El efecto endometrial del SIU-LNG de 52 mg protege contra la hiperplasia endometrial inducida por el estrógeno en la THM**
- **2017 Heikinheimo O. Reduce necesidad de histerectomía**
- **2020 Pohjoranta E, Reduce la tasa de aborto**



Anticoncepción Oral de solo progestina

- Libre de Estrógeno
- Para Fumadoras
- Con Riesgo Cardiovascular
- Con Temor al Estrógeno
- Pueden Causar Sangrados
- Pueden Causar Amenorreas
- Beneficios No contraceptivos



Vía Oral: Levonorgestrel – Desogestrel – Drospirenona (24/4)

Vía Oral: Levonorgestrel - Ulipristal (A. Emergencia)

Vía IM: Acetato Medroxiprogesterona (Trimestral)

SIU- Implantes SC: LARCs (Long-acting reversible contraceptives)

DOP (Drospirenona Only Pill)

Drospirenona 4mg (Esquema 24/4)

Libre de Estrógenos. 4 días de Pausa.

Eficacia similar a los Anticonceptivos Combinados

Buen perfil de Sangrado – Buen Control Ciclo

Pocos días de sangrado y poca Cantidad Sangrado

Continua protección pese 24 horas de olvido

Reducción de la dismenorrea

Sin cambios en Parámetros Hemostáticos

Seguro en la Lactancia – No Eventos Adversos

No Eventos Tromboembólicos Venosos

La Obesidad no Reduce la Eficacia.

Beneficios del Perfil Anti androgénico de la DRSP

Aceptabilidad en el 99% de las Usuarías

0.4% Abandono por sangrado no tolerado

¿Una píldora de solo progestina puede Amenazar la existencia de los Anticonceptivos Combinados?



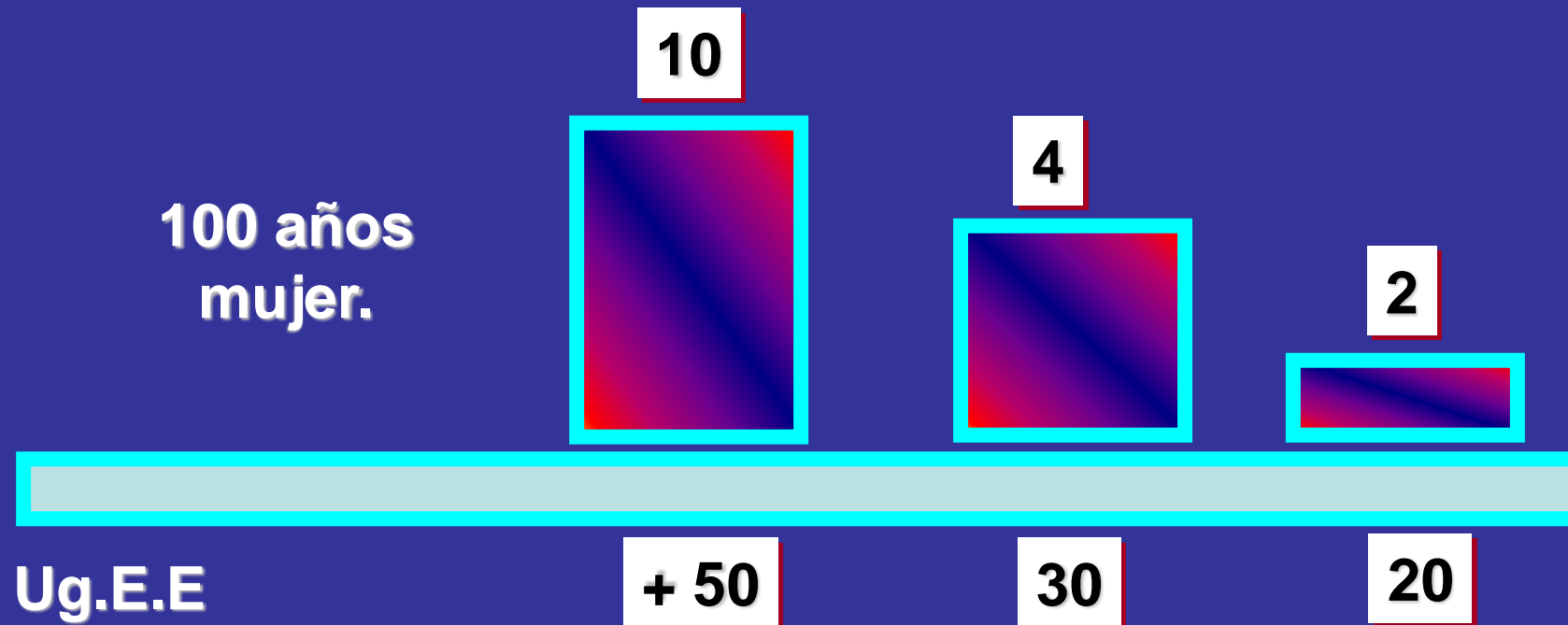
ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

GENERACIONES

Primera (60s)	Segunda (70s)	Tercera (80s)	Cuarta (2000)	Quinta (2019)
<p>Noretindrona Noretinodrel Linestrenol Etinodiol ***** EE Altas Dosis</p>	<p>Norgestrel Levonorgestrel ***** EE Micro Dosis *****</p>	<p>Desogestrel Gestodeno Norgestimato ***** EE microdosis EE bajadosis EE ultrabajadosis *****</p>	<p>Ciproterona Clormadinona Drospirenona Nomegestrol Dinegest ***** EE microdosis EE bajadosis EE ultrabajadosis Estradiol bajadosis *****</p>	<p>Estetrol + Drospirenona *****</p>

TROMBOEMBOLISMO VENOSO.

Riesgo de enfermedad tromboembolica con el uso de anticonceptivos orales.



Population Report. 1988.Serie A. (7):1-31.
Gerstman. Am J Epidemiology. 1991.133:32-37.



Estetrol (E4) promocionado como el estrógeno natural

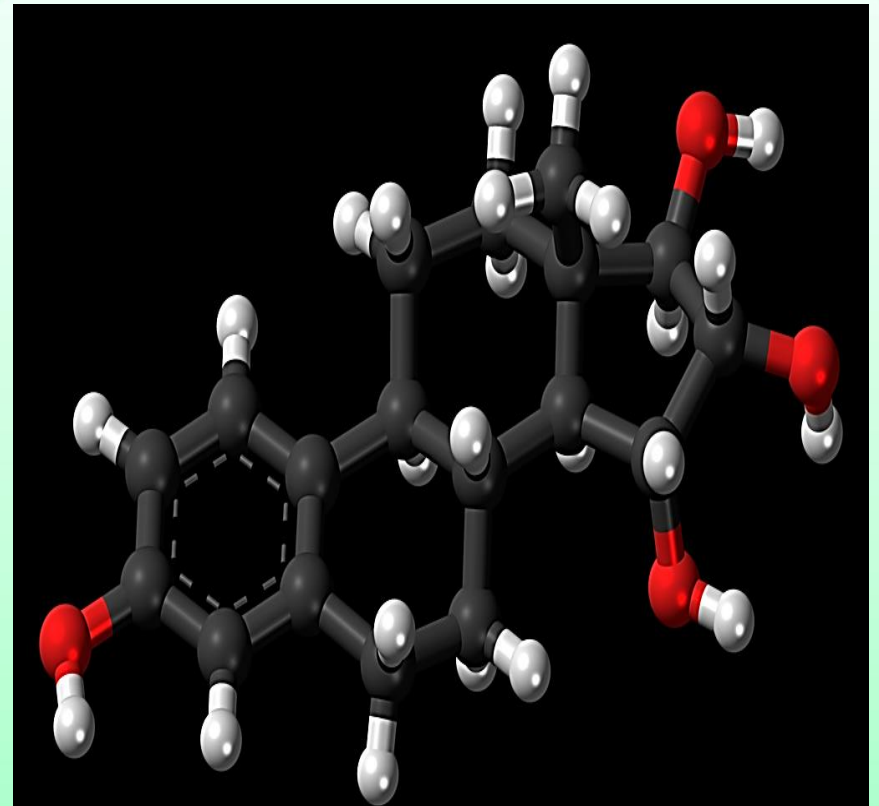
Una hormona esteroide, estrógeno débil que se encuentra en niveles detectables solo durante el embarazo. Se produce exclusivamente por el hígado fetal y está estrechamente relacionado con el estriol, que también es un estrógeno débil que se encuentra en grandes cantidades solo durante el embarazo.

Estrona (E-1)

Estradiol (E-2)

Estriol (E-3)

Estetrol (E-4)



Estetrol (E4) 4mg + Drospirenona 3 mg

Presentacion 24/4 – Baja Dosis

Estetrol es un estrógeno selectivo

No es un SERM

Significativa Acción Antigonadotrópica

No Inhibe Enzimas Hepáticas

No interactúa con la Familia CYP450

Impacto limitado sobre Síntesis SHBG

Comparado con EE 20 mg + DRSP 3 mg:

- Potencial Reducción Riesgo TEV**
- Potencial Reducción Riesgo Cardiovascular**
- Potencial Reducción Marcadores Coagulación**
- Mejor Efecto Hemostático**
- Alta Eficacia – Bajos Efectos Adversos**

**Bienestar y Comodidad
Para la Mujer,
Nuevo Enfoque de los
Anticonceptivos
Orales
Combinados**





¿HASTA CUÁNDO PLANIFICAR?

Método No Oculta menopausia
< 50 años: Hasta DOS años de
Amenorrea
>50 años: Hasta un año de
Amenorrea.

Método Oculta Menopausia
FSH/LH: Mayor de 1.
FSH: Mayor de 30.
Estradiol: Menor de 20.
Hormona Antimülleriana: muy Baja

- Individualizar
- Estilos de Vida
 - Riesgos
- Necesidades
 - Dialogo
- Capacidad Biológica
- Consejería Médica
- Criterios de Elegibilidad



M.D. OBG
Alvaro Monterrosa Castro

NUEVO!

**ANTICONCEPCIÓN
ORAL:
Consideraciones Generales**



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