

1er Congreso Argentino de Medicina Interna Pediátrica

# Anticoncepción en pacientes con enfermedades crónicas

Valeria Mülli



C.E.P.A.



# ¿Por qué anticoncepción en pacientes con enfermedades crónicas ?

Se estima que entre el 16 al 25% de los adolescentes tienen necesidades especiales de salud por:

- Discapacidad física
- Discapacidad mental
- Enfermedades crónicas (alrededor de un 20% de los niños presenta alguna condición crónica y más del 85% llegarán a la adultez).

Estos pacientes tienen una sexualidad semejante a la de los adolescentes sanos, pero requieren una elección anticonceptiva según su afección.

# Métodos anticonceptivos y adolescencia

Los adolescentes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a las distintas opciones.

La edad por sí misma, **NO** constituye una razón médica para negar cualquier método anticonceptivo a una adolescente.

Si bien los adolescentes pueden elegir cualquier método, en algunos casos puede ser más apropiado un método que no requieran una toma diaria.

Los adolescentes tienen menos tolerancia a los efectos adversos y por lo tanto altos niveles de discontinuación.

# Métodos anticonceptivos opciones

- Preservativo masculino de látex o sin látex
- Preservativo femenino
- Anticoncepción hormonal de emergencia
- Anticoncepción hormonal combinada oral
- POP ( progesterona sola) oral
- Anticoncepción hormonal combinada inyectable (mensual)
- Anticoncepción de depósito progesterona ( cada 3 meses)
- Parches hormonales combinados ( semanal)
- Anillo vaginal combinado ( 3 semanas)
- DIU de cobre ( 5 años)
- SIU ( DIU con progesterona)
- Implante de progesterona ( 3 años)
- Ligadura tubaria, casos excepcionales
- Futuro: Origami preservativo



# Criterios de elegibilidad de la OMS

TIPO DE ANTICONCEPTIVO		
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	NUEVA EVIDENCIA/ ACLARACIÓN
Condición	Condición clasificada de 1 a 4  Las categorías para los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y la esterilización quirúrgica se describen al comienzo de la sección correspondiente	Aclaraciones y evidencia relacionada con la clasificación

NA indica una condición para la cual el Grupo de Trabajo no dió una clasificación pero proporcionó aclaraciones.

1. Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

# Metabolismo de estrógenos y progestágenos

- El **etinil estradiol**: biodisponibilidad 38 a 48 %, circula en plasma unido a la albúmina. Un 30% se conjuga en la pared intestinal
- La **progesterona**: poco activa vía oral, se metaboliza en la pared intestinal, circula unida a SHBG.
- En el hepatocito, ambas sufren hidroxilación en el citocromo P450 isoenzima CYP 3A4 y posteriormente conjugación con ac. glucurónico y sulfato
- Los conjugados se excretan por vía biliar, y gran parte se elimina por las heces
- Otra parte es deconjugada por enzimas hidrolíticas de la flora bacteriana colónica, con circulación enterohepática.

# Metabolismo del estrógeno

El EE desconjugado pasa a la circulación enterohepática para un segundo paso, y luego es eliminado por orina

Vida media de 2 fases: Fase I: 0,5-2,4 hs y Fase II: 13,1 - 27 hs

Tasa de excreción: 40 % urinaria; 60% biliar

Efectos sobre el hígado del Etinilestradiol:

- Bloqueo del citocromo P450 isoenzima CYP 3A4 ( inhibición competitiva + reducción del turn over del citocromo)
- Inducción de los sistemas de conjugación
- Induce la síntesis de proteínas ( aumenta SHBG)

# Enfermedades crónicas que vamos a revisar:

Epilepsia

Enfermedades psiquiátricas

Dislipidemias

Enfermedad inflamatoria intestinal

Colagenopatías: LES , AR

Trombofilias

DBT

Transplantes hepáticos y renales

VIH

Interacciones medicamentosas

# Epilepsia

Se presenta en el 0,5% - 1% de la población general . El 50% son mujeres y se asocia a:

1. Trastornos del ciclo.
2. Trastornos de la fertilidad (PCO 4 - 19%).
3. Embarazo de alto riesgo.

La epilepsia no es una condición médica en la cual los ACH estén contraindicados, **el problema son las drogas antiepilépticas (DAE).**

Aproximadamente el 50% de las pacientes epilépticas que reciben DAE y ACO, **no** recibieron información sobre los efectos adversos relacionados al uso de estas drogas.

# Metabolismo de DAE y hormonas

- **Drogas que inducen el cit P450 isoenzima 3A4 y a la enzima glucoronil transferasa**, aceleran el metabolismo de estrógenos y progesterona, reduciendo sus concentraciones hasta un 50% : fenitoína, primidona, carbamazepina, barbitúricos.
- **Otras inducen la producción de la globulina transportadora de esteroides sexuales**, y reducen la concentración de progesterona libre en plasma y su efecto anovulatorio: fenobarbital, primidona, carbamazepina y fenitoína.
- **Drogas que no inducen citocromo P450 CYP 3A4**: ácido valproico, oxcarbamazepina, lamotrigina, felbamato , gabapentano y topiramato aunque pueden, según la dosis, estimular el metabolismo de los anticonceptivos orales. Con levetiracetam, pregabalina no fueron reportados casos de interacciones

# Drogas antiepilépticas (DAE)

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna							
<b>TERAPIA ANTICONVULSIVA</b>							
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3 <sup>†</sup>	2	3 <sup>†</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1	1
b) Lamotrigina	3 <sup>†</sup>	3	1	1	1	1	1
<b>TERAPIA ANTIMICROBIANA</b>							

- La utilización concomitante de topiramato a dosis máximas (800mg/día) y ACO, reduce la concentración de EE hasta en un 30% sin variar los niveles de gestágenos
- La administración combinada de ACO y lamotrigina puede producir una disminución de la concentración sérica de ésta hasta un 50% con riesgo de crisis convulsiva en ciertas mujeres, por lo cual para su uso debe administrarse la lamotrigina junto a otra droga antiepiléptica

Considerar como opción la DMPA por < actividad convulsivante con progestágenos

# Anticoncepción de emergencia

- No hay registros, ni estudios de la efectividad del método en mujeres usuarias de DAE inductoras enzimáticas.
- Debe ser considerado como una alternativa a la hora de evitar un embarazo no planificado en este tipo de mujeres.
- Se recomienda en estos casos una dosis mayor de Levonorgestrel 1,5 cada 12 hs

# Teratogenicidad de DAE

- Los niños nacidos de madres tratadas con drogas antiepilépticas tienen aproximadamente el doble de riesgo de malformaciones fetales que la población general.
- El riesgo de tener una malformación mayor está directamente relacionado al número de DAE utilizadas y a las dosis de las mismas.

## MAC y epilepsia

Se debe indicar anticoncepción segura y prolongada con apropiada consejería en salud reproductiva: edad, tipo de droga, esquema y dosis de antiepilépticos, para efectuar una elección informada.

Ante el tratamiento con drogas Inductoras enzimáticas :

Si usar : DMPA, DIU, SIU, barrera

No usar: ACO, POP, parches, anillos, inyectable combinado, implante.

Valorar cada caso en particular, teniendo en cuenta patología de base y duración del tratamiento

# Enfermedades psiquiátricas

Alta incidencia en gente joven con posibilidad de embarazo e ITS.

Necesidad de MAC eficaz:

Relaciones sexuales forzadas.

Mayor número de embarazos inoportunos. Mayor número de abortos

Mayor riesgo de teratogenicidad por las medicaciones.

Menor hábitos a controles médicos. Consejerías.

Mayor uso de drogas ilícitas.

Mayor riesgo de infecciones VIH

Mayor riesgo de impulsos suicidas

# Impacto de la medicación en el eje

Drogas inductoras de hiperprolactinemia (por bloqueo de síntesis de DA, alteración de la recaptación o estímulo directo de células lactotropas) que puede generar hipogonadismo, amenorrea, osteoporosis y galactorrea

- 1er grado: Haloperidol, clorpromazina, levomepromazina, prometazina, trifluorperazina
- 2do grado: Risperidona, olanzapina, ketiapina, clozapina , ziprazidona

# MAC y enfermedad psiquiátrica

Por riesgo de mal uso( abandono, olvido, boicot):  
inyectables, parches, implante, DIU, SIU

Oligofrenia y esquizofrenia ( se depende de familia e institución): Inyectables, DMPA, implantes, DIU, SIU, ligadura tubaria

Esquizofrenia compensada: Parche, inyectable, DMPA, implantes, DIU, SIU, ligadura tubaria

Siempre tener en cuenta las interacciones de los  
neurolepticos

# Perfil lipídico y MAC

Los estrógenos aumentan la concentración plasmática de HDL-colesterol y los progestágenos, hormonas tiroideas y andrógenos disminuyen la concentración plasmática de HDL-colesterol.

Los anovulatorios orales con baja dosis de progestágenos (mini píldoras) tienen efectos mínimos en los patrones lipoproteicos plasmáticos

Las **dislipemias** se clasifican para la utilización de los diferentes ACH combinados en: categoría 2 (sin otros riesgos cardiovasculares) o 3 y para los preparados con gestágeno solamente están en: categoría 2

Por lo tanto la recomendación es la utilización de **métodos de barrera, DIU o gestágenos solos**, si la dislipemia es severa.

Muñoz Calvo M. T., Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales, Rev. Esp. Endocrinología Pediatr 2015; 6 ( Suppl)

# Enfermedad inflamatoria intestinal

- Si bien el riesgo de aparición de EII está asociado a varios factores : historia familiar y tabaco son los más importantes. Hay estudios que sugieren asociación modesta con el uso de ACO, pero no hay evidencia para contraindicar el uso en pacientes sanas.
- Está descripta la asociación de ACO combinados y el riesgo de recidiva de Enf. de Crohn ( ¿ por acción protrombótica de los ACO con aumento de infartos en la microvasculatura intestinal?), por lo cual están contraindicados

Indicar como MAC: barrera, DIU, SIU, implante

# LES

- Enfermedad autoinmune incidencia más alta en las mujeres de edad reproductiva
- La presencia de anticuerpos antifosfolípidos : > riesgo trombótico
- LES y embarazo: aumenta dos a tres veces la actividad de la enfermedad. Las complicaciones del embarazo son más frecuentes en mujeres con LES moderado a grave. Es importante planificar el embarazo durante el período de inactividad de la enfermedad.
- Las mujeres con anticuerpos + o desconocidos, tienen contraindicado cualquier tipo de anticoncepción hormonal (ya sea combinada o POP), por cualquier vía de administración. Esto deja como **opción solo al DIU de cobre y los métodos barrera**

# MAC y LES

- Los beneficios de la anticoncepción son mayores que los riesgos para la mayoría de las mujeres con LES estable o moderado.
- La evidencia disponible demuestra que no existe un aumento de la actividad de la enfermedad con el tratamiento con anticonceptivos hormonales de baja dosis , ya sean combinados o progestágenos solos más preservativo.
- Otras opciones son el DIU y el SIU ( que además disminuye los sangrados abundantes).
- El DIU de cobre no constituye la opción mas adecuada en pacientes anticoaguladas o con trombocitopenia, por la posibilidad de aumento de sangrado menstrual.

# MAC y Artritis reumatoidea

- La AR remite sus síntomas durante el embarazo.
- Los ACO no tienen efecto en relación al curso de la enfermedad o algunos refieren efectos beneficiosos durante la toma, siempre ver interacciones medicamentosas y riesgo de trombosis ( importante evaluar grado de movilidad)
- Parches o POP
- Deben usar métodos de barrera.
- DIU o SIU ( ver estado de inmunosupresión)
- No anillo vaginal por posible dificultad para la colocación

# MAC y trombofilias

Alteración de la hemostasia, en las cuales existe un incremento del riesgo trombótico y comprende :-trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo de pulmón (TEP), -trombosis venosa cerebral (TVC)

- Existe un sinergismo entre causas genéticas de trombosis venosa y factores de riesgo adquirido (embarazo y puerperio , cirugía, ACO, inmovilización, neoplasia)
- Una mutación en el gen de protrombina y la mutación en el factor V de Leiden son las causas hereditarias de TEV.
- La administración de preparados farmacológicos de estrógenos en dosis altas de anticonceptivos, causa un incremento de la producción de factores V, VIII, X y fibrinógeno.

# MAC y trombofilias

El embarazo y el post parto son situaciones de mayor riesgo de trombosis en cualquier mujer, y sobre todo en mujeres con trombofilias. Es importante la selección del método anticonceptivo y evitar embarazos no planificados.

En un meta análisis de mujeres con trombofilias que utilizaban anticoncepción hormonal se observó un incremento del riesgo de TEV en mujeres con mutación del factor V Leiden (OR 15.62)

La deficiencia de la antitrombina III, Proteína C y S, estuvieron claramente asociados con TEV en usuarias de ACO combinados.

Por eso se contraindica el uso de ACO combinados en estas pacientes.

# Es necesario el screening para trombofilia antes de prescribir anticoncepción hormonal?

El screening para trombofilia, en forma rutinaria, previo al uso de anticonceptivos **NO** está recomendado.

Debe ser considerado en mujeres con historia familiar positiva de TEV ( parentesco de 1er grado y menores de 45 años), antecedente personal de trombosis y de tromboflebitis superficial, si aún después de la consulta, desean el uso de anticoncepción oral

El screening de trombofilia debe ser interpretado con el hematólogo acompañado de una historia familiar detallada

Debido a que el efecto protrombótico es ejercido por el estrógeno, los **POPs** constituyen una opción válida como método anticonceptivo, de la misma manera que el SIU

# Diabetes

El embarazo en la mujer DBT tiene mayor frecuencia de malformaciones y morbilidad perinatal y debe planificarse.

El uso de **ACO combinados** no se asocia a incrementos de requerimientos de insulina, alteraciones del perfil lipídico, ni aceleramiento de complicaciones vasculares.

Se contraindica en mujeres con más de 20 años de enfermedad o con complicaciones vasculares.

**Anticonceptivos con progestágenos solos**, son seguros

**DIU** y **SIU** se pueden usar en pacientes con enfermedad de larga evolución y con complicaciones

# MAC post transplantes

- El 80% de los transplantes en mujeres en edad reproductiva son de hígado y riñón
- Se sugiere postergar la búsqueda de embarazo luego de la cirugía para evitar complicaciones post quirúrgicas e inmunológicas
- Se ha reportado que la fertilidad se reanuda a las 3 semanas, por eso es importante indicar un método anticonceptivo eficaz en el post quirúrgico inmediato( mayores complicaciones del embarazo, riesgo del órgano, teratogenicidad de inmunosupresores, no deseo).
- La sociedad americana de transplante sugiere que las pacientes previo al transplante deben ser asesoradas sobre los distintos métodos anticonceptivos. La OMS no consideró el transplante dentro de los criterios de elegibilidad del 2009

Krajewski C M., Geetha D., Gomez Lobo V. Contraceptive options for women with a history of solid-organ transplantation, Transplantation 2013, volume 95 number 10,p. 1183-1186

# Transplante hepático

- En el post transplante inmediato se recomienda utilizar métodos de barrera, hasta que la función hepática se normalice
- En promedio a los 8 meses se puede agregar la anticoncepción hormonal.
- No se demostraron efectos sistémicos, ni rechazo de órgano con el uso de parches, anillos vaginales, inyectables combinados e implantes, que **evitan el primer paso hepático**
- Los POP y ACO combinados están contraindicados en enfermedad hepática activa y vasculopatías. Ver interacciones medicamentosas y riesgo de trombosis.
- Pueden usar Anticoncepción de emergencia
- No DIU por inmunosupresión?, pero puede indicarse SIU ( que al modificar el moco puede disminuir las EPI)

# Transplante renal

- Luego de 6 a 8 meses del transplante renal se puede indicar ACO ( con control de TA, interacciones medicamentosas) además del preservativo.
- Lo ideal es la vía **no** oral con el objetivo de evitar el primer paso hepático (ya sea con anillo vaginal, parches, inyectable o implante).
- Se recomienda el anillo ya que genera menores niveles de estrógeno en sangre, es mas efectivo y seguro que los ACO , ya que evita el primer paso hepático y la interacción con los inmunosupresores.
- Con el uso del SIU, los resultados fueron: una discontinuación del método por programación de embarazo. No hubo casos de EPI ni embarazo no deseado. No DIU por inmunosupresión ?

# Inmunosupresores: ACO y DIU

- Los Inmunosupresores inducen el citocromo P450 isoenzima 3A4 con disminución de la eficacia de los anticonceptivos y la competencia con los estrógenos puede aumentar el nivel de los inmunosupresores y su toxicidad.
- Uno de los mecanismos anticonceptivos del DIU consiste en generar una respuesta inflamatoria a nivel endometrial mediada por macrófagos. Muchos Inmunosupresores utilizados en las terapias post trasplante interfieren con esta reacción, actualmente cuestionado.

En pacientes con VIH no se observó asociación de EPI ni disminución de la efectividad anticonceptiva con el DIU ni SIU.

Krajewski C M., Geetha D., Gomez Lobo V. Contraceptive options for women with a history of solid-organ transplantation, Transplantation 2013, volume 95 number 10,p.1183-1186

# MAC y VIH positivos

Las pacientes con VIH requieren:

- Anticoncepción de alta eficacia.
- El uso del doble método es **condición ineludible**.
- Si se utiliza ACO por lo menos de 30 µg.
- LARC(Implante/AMP) + preservativo son una buena elección.

## Eficacia del uso del preservativo:

- Uso correcto: 2-3 embarazos c/100 mujeres/año.
- Uso habitual: 14-15 embarazos c/ 100 mujeres año.

Eficacia en la prevención de ITS: elevada protección contra VIH/SIDA ( 80-95%), entre un 60-80% de riesgo de infección por Chlamydia, gonococo, trichomona, hepatitis B y menor protección contra HPV, HSV y otras ITS que pueden transmitirse a través del contacto cutáneo (Sifilis)

# Terapia antirretroviral

( Cambio con Actualización de criterios de elegibilidad de OMS 2015)

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
<b>I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna</b>									
<b>TUMORES DEL HÍGADO</b>									
<b>a) Benigno</b>									
i) Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	1		2	
ii) Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3	1		3	
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	3	3	3	1		3	
<b>TERAPIA ANTIRRETROVIRAL</b>									
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1 <sup>+</sup>	1	1	AMPD = 1 EN-NET = 1	1	I	C	I	C
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>	2/3 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>	2/3 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3 <sup>+</sup>	3 <sup>+</sup>	3 <sup>+</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>	2/3 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>	2/3 <sup>+</sup>	2 <sup>+</sup>
* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla									
I = inicio, C = continuación									
DIU-Cu      DIU-LNG									
DIU-Cu = DIU con cobre      DIU-LNG = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)									
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>									
<b>TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ARV)</b>									
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	I	C	I	C	<b>Aclaración:</b> No existe interacción conocida entre la terapia antirretroviral y el uso del DIU. Sin embargo, el SIDA como condición está clasificado en Categoría 3 para la inserción y Categoría 2 para la continuación a menos que la mujer esté clínicamente bien en terapia antirretroviral. En ese caso, tanto la inserción como la continuación están clasificadas como Categoría 2. (Consulte la condición VIH/ SIDA).				
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2/3	2	2/3	2					
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	2/3	2	2/3	2					

## Interacciones medicamentosas: fármacos que aumentan por el uso de AC hormonales

- Antidepresivos tricíclicos: Imipramina
- Benzodiazepinas que se oxidan en Cit P 450: Clonazepam, clordiacepóxido, Diazepam, Nitrazepam, Alprazolam, Triazolam
- Cortisol - Prednisolona
- Fenitoína (antiepiléptico)
- Atenolol - Metoprolol
- Xantinas (teofilina - aminofilina)
- Ciclosporina, tacrolimus y sirolimus

En estos casos se sugiere disminuir la dosis de la droga, para evitar efectos adversos o tóxicos. Para evitar fluctuaciones de la concentración de la droga durante el intervalo libre de pastillas, puede optarse por un régimen de rango extendido

## Interacciones medicamentosas: fármacos que disminuyen por el uso de AC hormonales

- Benzodiazepinas que se conjugan directamente en el hígado:  
Lorazepam, Oxazepam, Temazepam
- Trovafloracin
- Paracetamol - AAS
- Morfina
- Anticoagulantes (dicumarínicos)
- Lamotrigina
- Antihipertensivos, diuréticos
- Hipoglucemiantes
- Hormonas Tiroideas ( Hipotiroidismo monitorizar)

Evaluar necesidad de aumentar la dosis de la droga

# Drogas que inhiben el metabolismo hepático y aumentan los ACO

ATB	ANTIMICÓTICOS	ANTIRETROVI RALES	INMUNOSUPRESO RES	AINES	ESTATINAS
ERITROMICI NA	FLUCONAZOL	ATAZANAVIR	TACROLIMUS	ETORICOXIB	ATORVASTATI NA
	ITRACONAZOL				ROSUVASTATI NA
	KETOCONAZOL				

# Terapia antimicrobiana de amplio espectro por menos de 3 semanas

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
<b>I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna</b>									
<b>TUMORES DEL HÍGADO</b>									
<b>a) Benigno</b>									
i) Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	1		2	
ii) Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3	1		3	
<b>b) Maligno (hepatoma)</b>	4	3/4	3	3	3	1		3	
<b>TERAPIA ANTIRRETROVIRAL</b>									
<b>a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)</b>	1 <sup>†</sup>	1	1	AMPD = 1 EN-NET = 1	1	I	C	I	C
<b>b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)</b>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir</b>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>TERAPIA ANTICONVULSIVA</b>									
<b>a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)</b>	3 <sup>†</sup>	2	3 <sup>†</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1		1	
<b>b) Lamotrigina</b>	3 <sup>†</sup>	3	1	1	1	1		1	
<b>TERAPIA ANTIMICROBIANA</b>									
<b>a) Antibióticos de amplio espectro</b>	1	1	1	1	1	1		1	
<b>b) Antifúngicos</b>	1	1	1	1	1	1		1	
<b>c) Antiparasitarios</b>	1	1	1	1	1	1		1	
<b>d) Terapia con rifampicina o rifabutin</b>	3 <sup>†</sup>	2	3 <sup>†</sup>	AMPD = 1 EN-NET = 2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1		1	

# En conclusión en la Adolescencia

- Consulta por anticoncepción: URGENCIA!!!!
- Siempre realizar consejería en anticoncepción
- Insistir en método de barrera para prevención de ITS:  
Doble Método
- Promover el uso de LARCS
- Trabajar los mitos
  
- Conocer los fármacos que interaccionan con los anticonceptivos y sus alternativas
  
- Nunca dejar sin anticoncepción al adolescente
  
- Trabajar en conjunto con el especialista

Muchas gracias

[valeria.mulli@hospitalitaliano.org.ar](mailto:valeria.mulli@hospitalitaliano.org.ar)