



*Gruppo
Donna*

XVIII
CONGRESSO
NAZIONALE
25|28 MAGGIO 2011

Rossano Calabro
Complesso Nausica - Itaca
c.da Zoffara, 1 - 87067, Rossano (CS)

CONTRACCEZIONE NELLA DONNA DIABETICA

DIABETICA



Copyright © AAACE 2011

All women with preexisting DM (T1DM, T2DM) or previous GDM should have access to PRECONCEPTION CARE to ensure adequate nutrition and glucose control before conception, during pregnancy, and in the postpartum period

postpartum period



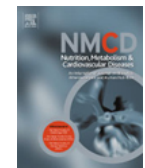
Multicenter Italian Study on Pregnancy Outcome in Women with Diabetes NMCD 2008

Pregnancy & Neonatal Outcome % (n)

	Type 2 n=164	Type 1 n=504
Spontaneous Abortions	10.7 (17)	6.3 (30)
Induced Abortions a	1.9 (3)	1.06 (5)
Neonatal Mortality b	1.9 (3) *	0.21 (1)
Stillbirth b	1.9** (3)	1.06 (5)
Congenital Malformations b	2.0* (3)	5.9 (28)
Obstetric trauma b	1.3 (2)	1.8 (8)
Fetal Distress b	4.2*** (6)	13.4 (63)
Shoulder dystocia b		
Neonatal asphyxia b		
HMD b		
Hypoglycemia b		
Hypocalcemia b		
Hyperbilirubinemia b	15.3 (22)	22.4 (105)
Macrosomia b	11.8 (17)	13.2 (62)

Italian General Population

Neonatal Mortality	0.32 %
Stillbirth	0.30 %
CM	0.86 %
Macrosomia	7.4 %





Contraception among Italian diabetic women(%)

Nothing	10.7
Surgical	7.2
Barrier/Natural	47.0
IUD	12.0
Pill	30.3

Nord
38.08

Centre
32.6

South
17.3

CONTRACCEZIONE
Non troppo presto ma neanche troppo tardi!

NELLA DONNA DIABETICA IN ETA' FERTILE

MOTIVAZIONI DI ORDINE GENERALE

PROGRAMMAZIONE DELLA GRAVIDANZA





XVIII
CONGRESSO
NAZIONALE
25|28 MAGGIO 2011

Rossano Calabro
Complesso Nausica - Itaca
c.da Zoffara, 1 - 87067, Rossano (CS)

***migliorare la conoscenza
della 'contraccezione e della
contraccezione ormonale'
fra i diabetologi***

fra i diabetologi

CONTRACCETTIVO ORMONALE



XVIII
CONGRESSO
NAZIONALE
25|28 MAGGIO 2011

Rossano Calabro
Complesso Nausica - Itaca
c.da Zoffara, 1 - 87067, Rossano (CS)

PRESENTAZIONE DOCUMENTO SULLA CONTRACCEZIONE

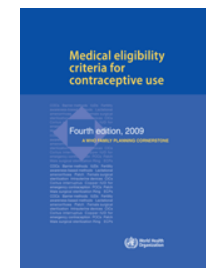
CONTRACCEZIONE



Introducing Guidelines Into National Programmes on the Medical Eligibility Criteria (MEC) for Contraceptive Use into a Sexual & Reproductive Health-Care Programme

It is not simply a document that must be distributed, but rather **it** contains **Health-Care Practices** which must be introduced to **providers** through a well-planned **process of adaptation and implementation**.

This document is designed to be used by **Policy-Makers, Programme Managers, and other Health Professionals** who are embarking on a process to introduce **EVIDENCE-BASED PRACTICES** in Sexual and Reproductive Health into their **NATIONAL or LOCAL** programmes.

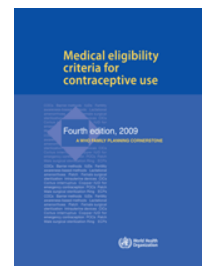




Introducing Guidelines Into National Programmes on the Medical Eligibility Criteria (MEC) for Contraceptive Use into a Sexual & Reproductive Health-Care Programme

Within the document, six overarching principles are recommended for the effective adaptation and implementation of WHO guidance on sexual and reproductive health into a national programme.

- 1) Building Consensus;
- 2) Building on What exists;
- 3) Identifying possible Barriers and Facilitating Factors;
- 4) Ensuring that Adaptations are EVIDENCE BASED;
- 4) Planning scale-up from the Beginning;
- 5) Implementing a Range of Interventions to change Provider Practices





La Nostra Proposta

Adeguare le nostre raccomandazioni a quelle 'WHO'
per buona parte accolte anche negli Stati Uniti

Auspicabili durante il primo "counseling"
contraccettivo



Background

**Tollerabilità ed innocuità dei contraccettivi
ormonali**

Dati metabolici e contraccezione in donne sane

**Prevenzione delle complicanze trombotiche
associate all'uso di contraccettivi ormonali in
donne sane**

differenze degli estroprogestinici

bibliografia

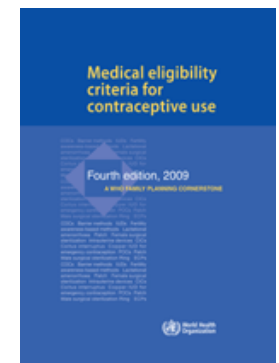


WHO 2010 dei MEC

in base al giudizio clinico

4 classi di rischio per la popolazione generale:

- 1°: Il metodo può essere utilizzato senza restrizioni.
- 2°: L'utilizzo produce vantaggi che superano gli svantaggi teorici o i rischi provati
- 3°: Controindicazione a quel tipo di contraccettivo salvo situazioni in cui i vantaggi siano tali da superare l'esposizione ai rischi teorici o provati.
- 4^a: Controindicazione Assoluta.





4 Classi di Rischio nella Popolazione Diabetica

Medical Eligibility Criteria, MEC, WHO, 2010:

- 1) donne con pregresso diabete gestazionale (GDM)
- 2) donne con diabete tipo 1 o 2 senza complicanze vascolari
- 3/4) diabete complicato da nefropatia, retinopatia o neuropatia da valutare in base alla gravità della condizione
- 4) diabete complicato da vasculopatia o con durata di malattia > 20 anni

Molte sono le zone d'ombra in particolare nelle pazienti diabetiche, dove ad esempio i livelli 'soglia' dei valori di pressione arteriosa stabiliti come accettabili per la popolazione generale, potrebbero essere diversi in presenza di diabete.





DISPOSITIVI INTRAUTERINI

IUD al rame o lo IUS medicato al levonorgestrel

sicuri ed efficaci, non associati a maggiore rischio di infiammazioni pelviche, sanguinamenti o altri disturbi nelle donne diabetiche, tanto da non richiedere alcuna restrizione nelle donne con pregresso diabete gestazionale o con diabete manifesto per lo IUD al rame (classe 1 MEC) ed essendo i vantaggi superiori agli svantaggi o rischi provati per lo IUS medicato al Levonorgestrel (classe 2 MEC).



Tabella 1.

Benefici non contraccettivi dei contraccettivi ormonali

Tabella 2.

Controindicazioni Relative all'utilizzo dei contraccettivi ormonali (classe 3 MEC, WHO, 2010)

Tabella 3.

Controindicazioni Assolute all'utilizzo dei contraccettivi ormonali (classe 3/4 MEC, WHO, 2010)

Tabella 4

Interazione con alcuni farmaci che potrebbero ridurre l'efficacia contraccettiva o interferire con la biodisponibilità dei farmaci somministrati



Tabella 5 e 6

che stratificano il rischio in base a:

ETA'

Abitudini di vita 'TABAGISMO'

BMI

**Altre patologie più spesso associate al diabete
'ipertensione arteriosa, obesità ecc.**

Coesistenza di rischi multipli



Problemi con la Classificazione e Follow up

Non ben definiti i gradi di severità delle complicanze del diabete su cui basarsi per poter optare o meno per la contraccettazione ormonale. Non dati conclusivi sul suo impatto sul metabolismo e sull'andamento delle complicanze a lungo termine, è necessaria un'attenta valutazione del quadro clinico e metabolico alla prima visita e la programmazione di un adeguato ed un follow-up in base ai criteri stabiliti dagli standard italiani per la cura del diabete mellito 2010 SID/AMD.

Il **follow up** è imperativo al fine di **monitorare** le condizioni cliniche, l'andamento della pressione arteriosa e del peso corporeo, le variazioni dell'assetto metabolico parallelamente al rinforzo dei messaggi volti a sottolineare l'importanza di una dieta ed uno stile di vita sani.



Call to Actions:

Studiare protocolli di intervento in popolazioni ben caratterizzate per tipo di diabete.

Il nostro questionario per una valutazione trasversale dello stato di salute delle nostre pazienti diabetiche che utilizzano una contraccettione ormonale

Suggerimenti, Stimoli, Critiche
Condivisione



Ringraziamenti

Maria Rosaria Cristofaro

Titti Suraci

Valeria Manicardi

Maria Franca Mulas

Cristina Ferrero

AMD

Rossano Calabro

Paola Bianchi



Grazie

Angela Napoli