

PROBLEMAS GINECOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Dra Rosario Viana Llamas

FEA Obstetricia y Ginecología

Hospital General Universitario de Guadalajara

5 de Noviembre de 2022

- TRASTORNOS MENSTRUALES
- ANTICONCEPCIÓN
- NÓDULO DE MAMA
- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

TRASTORNOS MENSTRUALES EN ADOLESCENTES

Menstruación normal en una adolescente

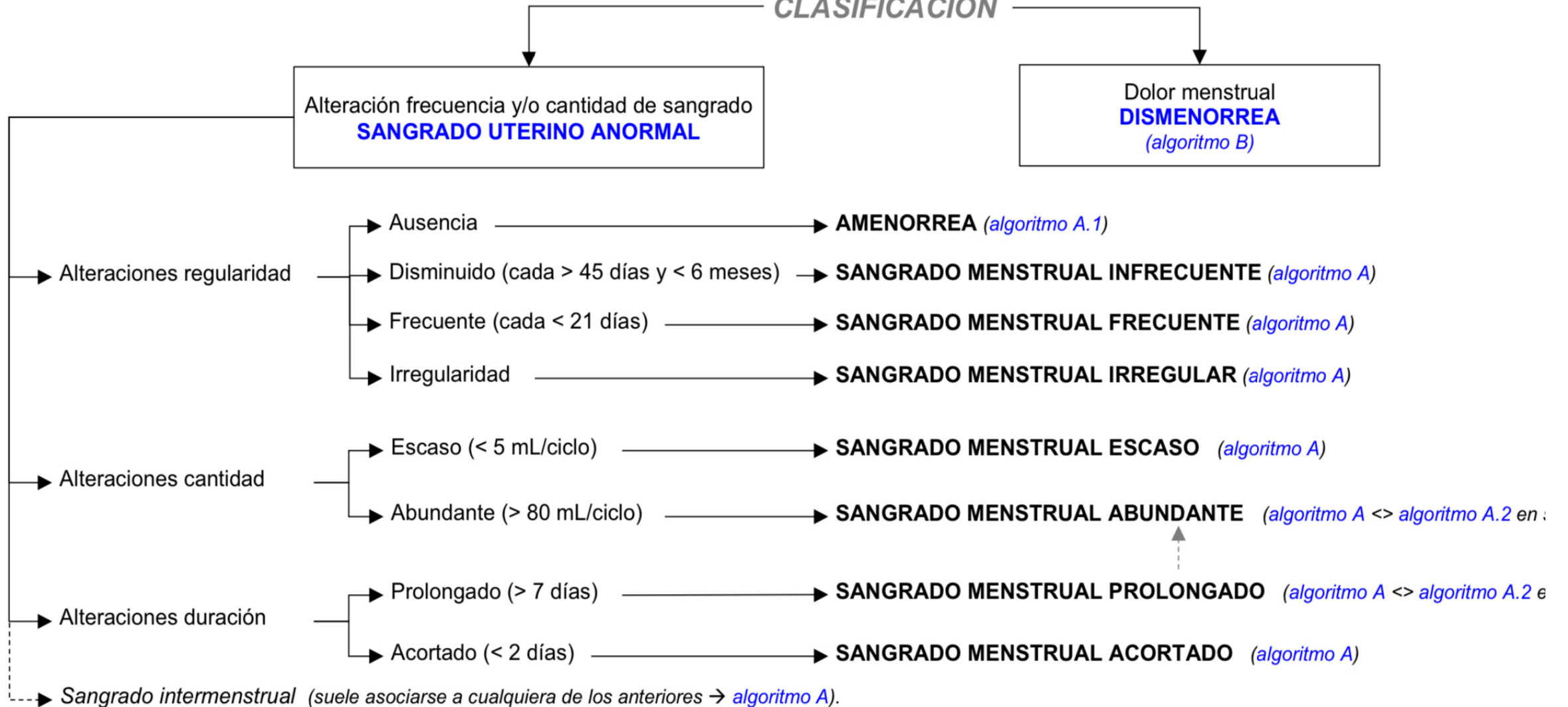
- Menarquia : 11- 14 años (12-13 años de media en España)
- Ciclos: 21-45 días
- Días sangrado: 2-7 días
- Uso compresa/tampón 3-6/día (5-80ml durante el ciclo)
- Ausencia de sangrado intermenstrual

**Duración del ciclo no se establece hasta el 6º año tras menarquia; media 19 años.

*(Committee Opinion-ACOG-2006. Menstruation in Girls and Adolescents:
Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign)*

TRASTORNOS MENSTRUALES EN ADOLESCENTES

CLASIFICACION



TRASTORNOS MENSTRUALES EN ADOLESCENTES- SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE

Pérdida excesiva que interfiere en la vida de la paciente a nivel físico, emocional o social y empeora su calidad de vida

- Menstruación **frecuente** : periodos < 20 días
- Menstruación **prolongada** : regla > 8 días
- (**Abundante**) Pérdida menstrual excesiva: > 80ml /ciclo (más de 6 compresas o tampones empapados de categoría normal en un día, durante 3 ó más días)
- Asociación de las anteriores.



TRASTORNOS MENSTRUALES EN ADOLESCENTES- AMENORREA

PRIMARIA (incidencia 0.1%)

- >16 años con desarrollo puberal
- >14 años sin desarrollo puberal o caracteres sexuales secundarios.

SECUNDARIA (incidencia 0.7%)

- > 6 meses , si ciclos previos irregulares
- > 3 meses , si ciclos previos regulares (21-45 días)

SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA) - ETIOLOGÍA

- ANOVULACIÓN (80%) (causa más frecuente tanto de SMA como de reglas irregulares)
- Discrasia sanguínea (10-20%)
- Embarazo, infecciones (EIP) o cuerpos extraños (7%)
- Patología uterina orgánica . Excepcional.(Pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad)

SANGRADO UTERINO ANORMAL- ETIOLOGÍA

ANOVULACIÓN

- No ovulación->estímulo estrogénico constante sobre endometrio sin oposición de progesterona
- Inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario.
 - ✓ 2 primeros años tras la menarquia: 55-82% ciclos anovulatorios.
 - ✓ 5 primeros años tras la menarquia: 10-20% ciclos anovulatorios.
 - ✓ A mayor edad de la menarquia, mayor persistencia de ciclos anovulatorios.
- Otras causas de anovulación:
 - ✓ Disfunción hipotalámica (Estrés, ejercicio físico excesivo, trastornos de la alimentación, pérdida de peso)
 - ✓ Enfermedades tiroideas (hipo e hipertiroidismo)
 - ✓ Hiperprolactinemia
 - ✓ Diabetes mellitus
 - ✓ Hiperandrogenismo ovárico funcional
 - ✓ Fallo ovárico precoz

SANGRADO UTERINO ANORMAL- ETIOLOGÍA

DISCRASIAS SANGUÍNEAS

- Trastornos de la coagulación: **Enfermedad Von Willebrand**, déficit de vitamina K.
- Trombocitopenia: **púrpura trombocitopénica idiopática**
- En asociación a enfermedades sistémicas: LES, enfermedad hepática, enfermedad renal crónica.
- En asociación con fármacos: anticoagulantes, antiagregantes.

ORIENTACION DIAGNÓSTICA SUA

- Los 2-3 primeros años tras la menarquia, muy pocas veces el sangrado uterino anormal en una adolescente debe considerarse realmente anormal.
- Lo más recomendable ante un SUA crónico (>6 meses) en una adolescente es la actitud expectante sin necesidad de realizar estudio alguno, siempre y cuando no haya datos de sospecha de patología en la anamnesis y exploración física.
- A partir de los 2-3 años de la menarquia , si persiste el SUA, podrían realizarse estudios con pruebas complementarias.

ORIENTACION DIAGNÓSTICA SUA

1. ANAMNESIS

ANTECEDENTES PERSONALES







- Enfermedades sistémicas preexistentes. Coagulopatías, hepatopatías, alteración tiroidea, diabetes mellitus
- Tratamientos habituales. Anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, Anticonceptivos, antidepresivos (fármacos psicotropos pueden producir hiperPRL).
- Sangrado importante tras extracción dental o intervenciones quirúrgica, o sangrados frecuentes en localizaciones extragenitales (epistaxis, sangrado de heridas, hematomas)
- Trastornos de la conducta alimentaria. Ganancia o pérdida de peso excesiva o rápida.
- Ejercicio físico intenso
- Situaciones sociales estresantes (bullying, separación de los padres)
- Uso sustancias tóxicas (alcohol, drogas o tabaco)
- Quimioterapia, radioterapia

ORIENTACION DIAGNÓSTICA SUA

1. ANAMNESIS

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- Menarquia (Edad; características de Mq y de primeras menstruaciones)
- Tipo ciclo. Días/duración. CALENDARIO MENSTRUAL (aplicaciones móviles)
- Si dolor intenso y qué analgesia precisa
- Número de tampones o compresas utilizadas en 24h y durante cuántos días
 - Patológico si:
 - Se tiene que cambiar cada menos de 3h.
 - Utiliza número mayor de 6 compresas o tampones durante 3 o más días (equivaldría a un sangrado de >80ml/ciclo)
 - Coágulos de >2.5cm=moneda 2euros
 - Se tiene que levantar por la noche para cambiarse la compresa
 - Tiene que salir de clase para cambiarse o ha tenido que ir a casa para cambiarse de ropa
- Actividad sexual y método anticonceptivo

Tabla 25.2.10 PBAC: Pictorial Blood-loss Assisted Chart									
COMPRESAS	Puntuación	DIAS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
	x 1 punto								
	x 5 puntos								
	x 10 puntos								
TAMPONES		DIAS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
	x 1 punto								
	x 5 puntos								
	x 10 puntos								
COAGULOS		DIAS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Coagulo pequeño < 2.7 cm	x 1 punto								
Coagulo grande (> 2,7 cm (moneda de 2 €))	x 5 puntos								
	PUNTOS								
								TOTAL	

Adaptado de Higham JM et al.

Tiene una sensibilidad 89% y una especificidad del 86%. Valores por encima de 100, se considera sangrado > 80 mL, y valores por debajo 75 son normales. Explicar que si utilizan doble protección habrá que marcar las dos casillas.

ORIENTACION DIAGNÓSTICA SUA

1. ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Edad de menarquia de la madre y regularidad de sus ciclos
- Alteraciones de la coagulación.
 - Hipocoagulabilidad. Familiares con alteraciones menstruales, histerectomía postparto; sangrado importante tras extracción dental o intervenciones quirúrgicas).
 - Hipercoagulabilidad (fenómenos TEV en <45 años)
- Enfermedad endocrinológica (tiroidea, DM, ovario poliquístico)
- Dismenorrea (endometriosis)

ORIENTACION DIAGNÓSTICA SUA

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN GENERAL

- Peso , talla, IMC
- Valorar estabilidad hemodinámica (TA y FC)
- Signos de anemia o de enfermedad hematologica (petequias, equimosis)
- Signos de exceso de andrógenos: hirsutismo, acné, acantosis nigricans (axilas, ingles, cuello)
- Cuelo: tiromegalia
- Palpación abdominal (tumoraciones/embarazo)
- Exploración mamaria. Grado desarrollo puberal y descartar galactorrea.
- Examen ano-rectal y urinario (puede proceder un sangrado que no es genital).

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

- Genitales externos: descartar lesiones traumáticas , signos de virilización (tamaño del clítoris), himen (imperforado->amenorrea primaria)
- Vagina y cérvix si relaciones sexuales; si no relaciones y es necesario, tacto unidigital (Ej constatar presencia de vagina y cérvix en amenorrea primarias)

ORIENTACION DIAGNÓSTICA SUA

3.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma**
- **Estudio de coagulación básico** → *remitir Hematólogo* si necesario
- **Perfil férrico**
- **Estudio hormonal** (2º-3º día del ciclo)—> *remitir Endocrino* si necesario
 - TSH, T4L
 - PRL
 - FSH, LH, E2 (hipogonadismo hipogonadotropo o hipergonadotropo)
 - Testosterona, androstendiona, DHEA-S (hiperandrogenismo ovárico funcional)
 - 17OH progesterona (hiperplasia adrenal congénita)
 - Cortisol libre urinario de 24h (x2) (Sd Cushing si obesidad importante)
- **Test de gestación** (episodio agudo SMA o amenorrea secundaria)
- **Ecografía ginecológica** ->*remitir Ginecología*
(abdominal/transvaginal/transrectal) (eco 3D /RMN malformaciones uterinas)
- **Exudado vaginal y endocervical**
- **Cariotipo** (en amenorrea primaria)

SANGRADO UTERINO ANORMAL- TRATAMIENTO

ESTUDIO NORMAL

(probable sangrado uterino anovulatorio por inmadurez del eje hipotalamo-hipofisario)

Opciones tratamiento hormonal:

- **Gestágenos cíclicos** (no anticonceptivos). 2ª fase del ciclo (desde día 14 ciclo x 12 días- del 14 al 26)
 - ✓ Progesterona natural micronizada 200mg/día (Progeffik 100; Utrogestan)
(No usar en alérgicos al cacahuete , ya que contiene aceite de cacahuete)
 - ✓ Acetato medroxiprogesterona 10 mg /día (Progevera 5mg) ó 21 días (del 5 al 26)
 - ✓ Noretisterona acetato 10mg/día (Primolut Nor) ó 21 días (del 5 al 26)
(pauta de 21 días más efectiva para disminuir el sangrado)
- **Anticonceptivos**. Si no buena respuesta a gestágenos o se precisa anticoncepción.

SANGRADO UTERINO ANORMAL- TRATAMIENTO

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE , prolongado, frecuente

Si episodio agudo—>remitir urgencias.

Si anemia->remitir Ginecología

- Tratamiento déficit de hierro. Ferroterapia.
- Tratamiento antifibrinolítico.

Ácido tranexámico. 5-10mg/kg/dosis (ó 20mg/kg/día), 2-3 veces al día, durante 3-5 días

- ✓ Reduce sangrado en un 50%.
 - ✓ No aumenta el riesgo de TEV (porque no tiene efecto en los vasos sanos).
 - ✓ No reduce el dolor ni regula los ciclos
- Tratamiento con AINEs. Reducen flujo menstrual (20-35%) y dolor.
 - Tratamiento hormonal.
 - Anticoncepción hormonal combinada (30-35ug EE)
 - Anticoncepción sólo gestágenos. Si Cl estrógenos.
 - Gestágenos cíclicos.Si la paciente no desea anticoncepción.

Importante: anotar sus reglas y cuantificar el sangrado. Consultas sucesivas cada 3-6 meses.

SANGRADO UTERINO ANORMAL- TRATAMIENTO

AMENORREA HIPOTÁLAMICA (amenorrea secundaria, sangrado infrecuente)

- Cambio de factores psico-ambientales o normalización de peso.
- Si no logra reanudar reglas (tras unos 6-12 meses), tratamiento hormonal (combinado estrógeno+gestágeno)

HIPERANDROGENISMO OVÁRICO FUNCIONAL (sangrado irregular, infrecuente, amenorrea secundaria).

EE + gestágeno antiandrogénico (drospirenona , clormadinona, dienogest)

CASO CLÍNICO 1



Lorena es una paciente de 12 años y 6 meses que consulta por reglas muy abundantes. Tuvo su primera regla con 11 años. Desde entonces, sus reglas han sido más o menos cada 30-35 días y con una duración de 9 días. Refiere que los 3 primeros días de sangrado, se encuentra muy molesta porque se tiene que cambiar frecuentemente de protector y esto interfiere con sus actividades habituales. Es una gran deportista y en ocasiones tiene que salir del entrenamiento a cambiarse.

CASO CLÍNICO 1- Lorena

- Antecedentes personales sin interés
- Antecedentes familiares. Madre hipotiroidismo
- Antecedentes ginecológicos. Mq 11 años. CM 9/30-35. No relaciones sexuales.
- Motivo consulta.
 - Duración: 9 días—>prolongada
 - Cantidad: 2 primeros días utiliza entre compresas y tampones, un total de 6 al día. No expulsa coágulos. En ocasiones, el primer día de regla, la compresa le ha durado menos de 3h.
 - Interfiere con sus actividades habituales-> SMA
- Exploración física sin signos de anemia ni de discrasias sanguíneas. No bocio.
- Pruebas complementarias: Hemograma, coagulación, perfil férrico y perfil tiroideo—> normal excepto ferropenia.

CASO CLÍNICO 1- Lorena

Juicio clínico. **SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE**

Tratamiento:

- Ferroterapia x 3 meses.
- Tranexámico + AINEs. 6 meses—> mejoría, pero percibía abundante y continuaba prolongada
- Si no buena respuesta: (+-derivar a Ginecología)
 - Hormonal anticonceptivo combinado—> no precisaba anticoncepción
 - Gestágenos cíclicos 2 fase del ciclo
- Control 6 meses con buena respuesta clínica.

CASO CLÍNICO 2



Clara es una paciente de 13 años y 4 meses que consulta por ausencia de regla desde hace 7 meses. Tuvo menarquia con 11 años y desde entonces sus ciclos siempre han sido irregulares, con ciclos de más de 45 días, pero nunca había estado tantos meses sin regla.

Es una niña muy estudiosa y competitiva. Realiza además 2 h diarias de ejercicio de lunes a viernes (atletismo y judo). No parece tener problemas de conducta alimentaria, pero su IMC es bajo.

CASO CLÍNICO 2 - Clara

- Antecedentes personales y familiares sin interés.
- Antecedentes ginecológicos: Mq 11. CM 4/>45 (hasta 60) (sangrado menstrual infrecuente). No relaciones sexuales.
- Motivo consulta: 7 meses sin regla (Amenorrea secundaria:> 6 meses , si ciclos previos irregulares) *Estrés, ejercicio físico excesivo*
- Exploración física: sin hallazgos . *Bajo IMC.*
- Pruebas complementarias. Analítica general + analítica hormonal (FSH, LH, E2, PRL, TSH)—> Rutina normal.FSH, LH y E2 bajos. PRL y TSH normal.

CASO CLÍNICO 2 - Clara

- Juicio clínico. **AMENORREA SECUNDARIA HIPOTALÁMICA**
- Tratamiento
 - Cambio de factores psico-ambientales y normalización de peso.
 - Si no logra reanudar reglas, valorar ir instaurando tratamiento hormonal (combinado estrógeno+gestágeno) y remitir a Ginecología

CASO CLÍNICO 3



Marta es una paciente de 13 años y 7 meses que consulta por reglas irregulares desde la menarquia con 12 años. Sus ciclos más cortos han sido de unos 45 días, alternando con periodos de hasta 3-4 meses sin regla. Además refiere vello facial abundante y acné que no consigue controlar con medidas cosméticas. No ha iniciado relaciones sexuales.

CASO CLÍNICO 3 - Marta

- Antecedentes personales. Sin interés
- Antecedentes familiares. Madre reglas irregulares
- Antecedentes ginecológicos. Mq 12. CM 5/>45 (hasta 3- 4 meses). No relaciones sexuales.
- Motivo consulta. Reglas irregulares + acné + vello facial
- Exploración física. Normal excepto acné en cara y vello facial y en miembros inferiores abundante. IMC en límite alto de la normalidad
- Pruebas complementarias. Analítica general + hormonal (FSH, LH, E2, PRL, TSH, testosterona, androstendiona, SHDEA, 17 OH-progesterona)—> Rutina normal. LH/FSH >2, andrógenos en límite alto de normalidad, PRL ligeramente elevada (40)
**Repetimos PRL basal y a los 30 min: 35/12 (normal)

CASO CLÍNICO 3 - Marta

- Juicio clínico: **Probable hiperandrogenismo ovárico funcional**
- Tratamiento: (+ derivamos Ginecología + Endocrino):
EE + gestágeno antiandrogénico (drospirenona, clormadinona, dienogest)

Al cabo de 3 meses de tratamiento, notó gran disminución de vello y acné, y con muy buena tolerancia al tratamiento (sin aumento de peso, lo cual le preocupaba mucho).



DISMENORREA

CASO CLÍNICO 4



María tiene 12 años y 5 meses. Comenzó con la regla a los 11 años. Casi desde su inicio ha tenido ciclos muy regulares, entre 30-32 días. Desde hace unos 5 meses, refiere que tiene mucho dolor cada vez que le viene la regla. Además, en varias ocasiones, ha presentado incluso náuseas y vómitos, y mucho dolor en las piernas. Los dos últimos meses ha tenido que faltar un par de días a clase. Su madre le da paracetamol pero apenas le disminuye el dolor. María no realiza deporte (salvo EF en el colegio).

CARACTERÍSTICAS DISMENORREA PRIMARIA

- En adolescentes con ciclos ovulatorios. Ovulación—> Prostaglandinas—> vasoconstricción local que causa isquemia a nivel endometrial + contracción miometrial—> dolor menstrual.
- Inicio 1 a 3 años después de la menarquia.
- Aparece entre 1-4 horas después de haber empezado el sangrado y puede durar entre 1-3 días. Al 15% de las adolescentes que la padecen, les puede llegar a resultar incapacitante para su actividad normal.
- Dolor pélvico que se puede irradiar a región inguinal, a la parte trasera de las piernas o región lumbar.
- En 50% síntomas sistémicos: náuseas, vómitos, fatiga, mialgias, irritabilidad , diarrea (o estreñimiento).
- Factores que la incrementan: sobrepeso, estrés, menarquia temprana..
- Factores que la disminuyen: ejercicio

TRATAMIENTO DISMENORREA PRIMARIA

MEDIDAS GENERALES

- Supresión de tabaco, disminución de caféina
- Evitar obesidad
- Reducir estrés
- Ejercicio físico
- Calor local

TRATAMIENTO DISMENORREA PRIMARIA

AINEs	HORMONAL
Alivian el dolor y reducen flujo menstrual	Alivian el dolor y reducen flujo menstrual
Eficacia 70-90%	Eficacia del 90%
Ninguna familia más eficaz que otras(derivados ácido propiónico: ibuprofeno, naproxeno, dexketoprofeno/ derivados ácido fenilacético: diclofenaco / ácido mefenámico)	Mayor efectividad con preparados de 30-35ug EE, aunque cualquier preparado y vía se pueden utilizar
Iniciar el primer día de regla y durante la misma, de forma pautada.	ACO en pauta cíclica o continua. (ASG en CI de estrógenos).
Mantener al menos 6 meses	Mantener al menos 6 meses

CASO CLÍNICO 4 - MARÍA

- Motivo consulta: dismenorrea acompañada de náuseas, vómitos, dolor MMII y absentismo escolar.
- Antecedentes personales sin interés
- Antecedentes familiares. Madre endometriosis
- Antecedentes ginecológicos. Mq 11. CM 5/30-32 (regulares)
- Exploración física normal salvo IMC ligeramente elevado

CASO CLÍNICO 4 - MARÍA

- Juicio clínico : **dismenorrea primaria**
 - ✓ La de mayor prevalencia en adolescentes
 - ✓ En ciclos ovulatorios (María tiene reglas muy regulares)
 - ✓ Sintomatología acompañante
- Tratamiento:
 - Recomendaciones: ejercicio físico (María tiene IMC ligeramente elevado), calor local
 - AINEs. Dexketoprofeno 25mg/8h.
- Tras 5 meses de tratamiento, no obtiene apenas mejoría. Su madre no quiere ningún tratamiento hormonal de momento y preocupada por su antecedente de endometriosis.
- La derivamos a Ginecología.

Dismenorrea “primaria” resistente a tratamiento—> derivar a Ginecología (descartar secundaria: mioma, endometriosis, EIP..)

ANTICONCEPCIÓN

CASO CLÍNICO 5



Lucía tiene 13 años y 7 meses. Acude acompañada de su madre y consulta porque hace unos meses ha iniciado relaciones sexuales y desea un método anticonceptivo.

Ella es usuaria de preservativo pero su madre le ha insistido en consultar a su pediatra porque cree que sería recomendable una píldora. No obstante, su madre está preocupada porque piensa que su hija es muy joven para tomar anticonceptivos.

- En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas.
- **La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes**
- La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos.



Organización
Mundial de la Salud

TIPOS ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCIÓN
HORMONAL COMBINADA
(píldora, parche, anillo)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
SÓLO GESTÁGENO
(píldora, implante, DIU LNG)

ANTICONCEPCIÓN
MÉTODO BARRERA
¡¡doble método!!!

ANTICONCEPCIÓN
INTRAUTERINA
(Cu, LNG)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

COMPOSICIÓN

ESTRÓGENO

Etinilestradiol (EE)
Valerato de estradiol
17B estradiol
Estetrol***

GESTÁGENO

Derivados de la testosterona

PRIMERA GENERACIÓN

- Acetato de Noretindrona
- Diacetato de Etinodiol
- Linestrol
- Noretinodrel

SEGUNDA GENERACIÓN

- dl-Norgestrel
- Levonorgestrel

TERCERA GENERACIÓN

- Desogestrel
- Gestodeno
- Norgestimato

Antiandrogénicos

Derivados de la Progesterona

- Acetato de Ciproterona
- Acetato de Clormadinona
- Acetato de Nomegestrol

Derivado de Espironolactona

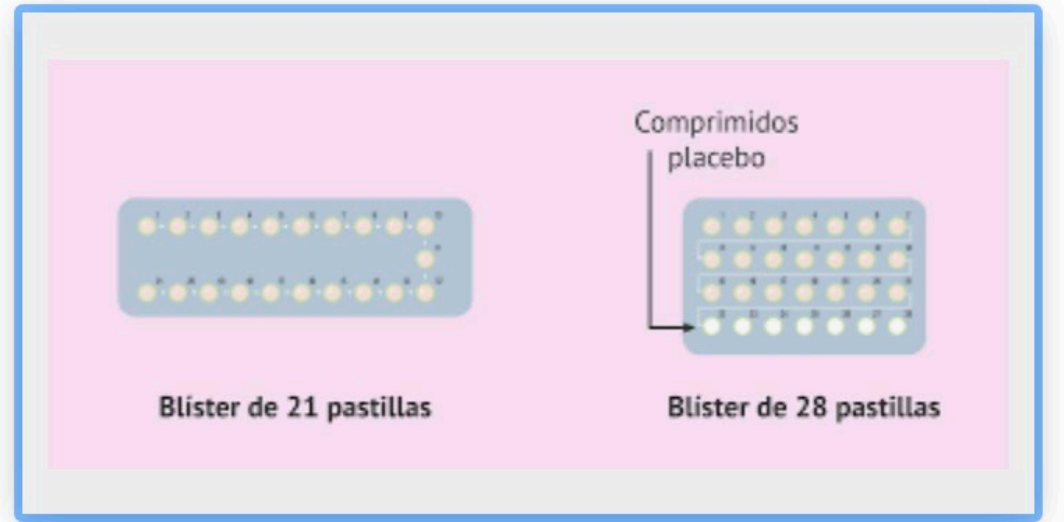
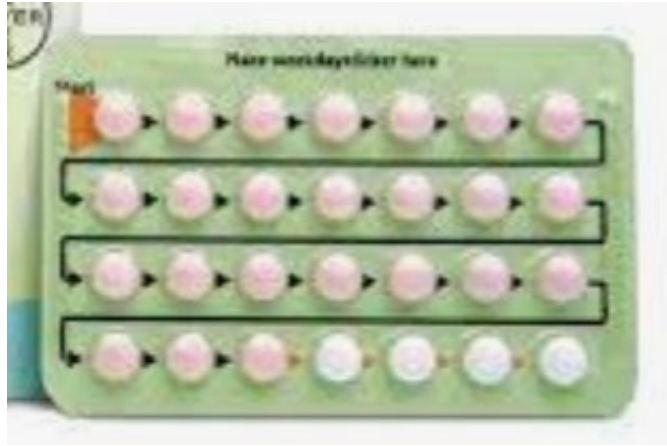
- Drospirenona

Derivado de la Testosterona

- Dienogest

AHC-VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

VÍA	ORAL	TRANSDÉRMICA	VAGINAL
COMPOSICIÓN	EE 15,20,30,35ug. Valerato estradiol (1,2 ó 3 mg) 17 β estradiol (1,5mg). Estetrol (14,2mg) Gestágeno. Los de tabla anterior.	Libera 150 ug norelgestromina +20 ug EE/día	Libera 120 ug etonogestrel + 15 ug EE /día
POSOLOGÍA	21 (activos) 28 (21 activos +7 placebo) 28 (24 activos + 4 placebo). 84/7 (4 envases de 21 comprimidos + 7 días descanso).	3 semanas parche (1/semana) + 1 semana descanso	3 semanas puesto y 1 semana de descanso
COLOCACIÓN		Alternar diversos lugares del organismo para evitar sensibilización al pegamento (hombro, brazo, muslo, abdomen; nunca en mucosas ni en las mamas)	Si el anillo se cae o se sale puede lavarse con agua templada y volver a colocarlo en la vagina. Las retiradas de menos de 3 horas no tienen trascendencia en la eficacia o en el control del ciclo.



ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA- EFECTOS SECUNDARIOS



BENEFICIOSOS

- Disminuyen cantidad de regla
- Disminuyen dismenorrea y síndrome premenstrual
- Disminuye riesgo enfermedad inflamatoria pélvica
- Mejora acné e hirsutismo
- Osteoporosis: efecto protector sobre la densidad mineral ósea en mujeres con hipoestronismo
- Reduce el riesgo de Cáncer de endometrio y Cáncer ovario.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA- EFECTOS SECUNDARIOS



ADVERSOS

Menores

- Náuseas y vómitos
- Cefalea
- Mastalgia
- Cloasma
- “*Aumento de peso*”. No existe evidencia de ganancia de peso con preparados de baja dosis. Pequeñas diferencias de peso atribuibles a retención de líquido. Gestágenos con actividad antimineralocorticoidea (ej drospirenona) pueden reducir su incidencia

Mayores

- **TEV**. Riesgo relativo en usuarias es 3- 4 veces mayor que en no usuarias, sin embargo, el riesgo absoluto continúa siendo muy bajo, y está muy alejado del riesgo tromboembólico de embarazo, parto y puerperio.
- Cáncer de mama. Riesgo absoluto muy bajo; equilibrar con reducción importante en riesgo cáncer de ovario y endometrio
- Cáncer de cérvix. Impacto mínimo en riesgo absoluto

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SÓLO GESTÁGENOS

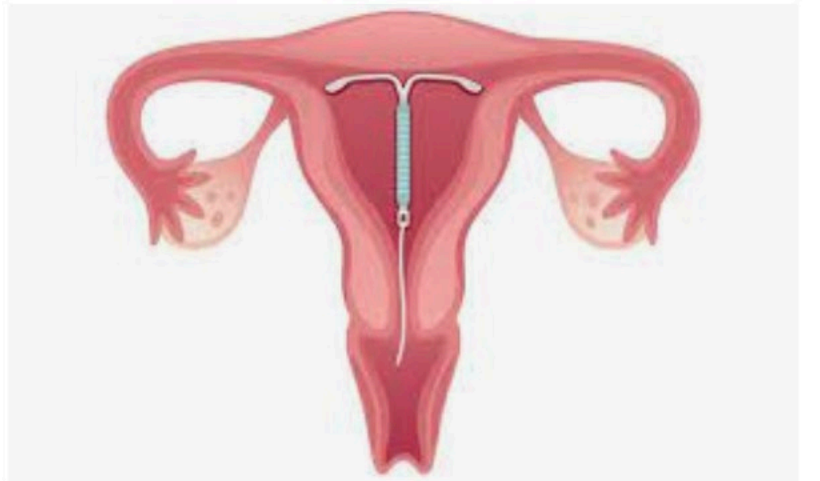
VÍA	ORAL	IMPLANTE SUBDÉRMICO	DIU
COMPOSICIÓN	75 mcg de desogestrel (DSG) 4mg de drospirenona (DRSP)	Etonogestrel <i>IMPLANON NXT</i>	Levonorgestrel
POSOLOGÍA	28 activos DSG 24 activos +4 placebo DRSP	Varilla subdérmica única 3 años	3 años/5 años

EFFECTOS BENEFICIOSOS

Mejoría dismenorrea, sd premenstrual, disminuyen sangrado de regla

EFFECTOS ADVERSOS

Alteración patrón sangrado: Spotting, amenorrea



REQUISITOS PARA PRESCRIPCIÓN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL



1. ANAMNESIS

- Cefaleas (no migraña, migraña sin/con aura)
- Factores riesgo cardiovascular (tabaco, hipertensión, obesidad)
- Trombofilia. Antecedentes personales o familiares TEV
- Tratamientos habituales (disminución de eficacia)

2. TOMA DE TA

3. INFORMACIÓN

No se precisan exámenes complementarios como citología cérvical, ecografía transvaginal, despistaje ITS, pruebas mamarias ni analítica de sangre.

Si existen **antecedentes en familiares menores de 45 años de TEV o de localización atípica** se debe hacer un **estudio de trombofilia**, siendo en estos casos, un requisito **imprescindible** previo a la prescripción

REQUISITOS PARA PRESCRIPCIÓN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

3. INFORMACIÓN

- Inicio: primer día de la siguiente menstruación.
- Insistir no olvidos (rutina).
- SIEMPRE + **BARRERA** (doble método).
- Añadir recomendaciones No tabaco.
- No comprometen la fertilidad posterior.
- Spotting. (Si persiste más de 3 ciclos, valorar cambio de preparado o ITC Ginecología) vs amenorrea.
- Náuseas, mareos, mastalgia, cefalea, etc., que generalmente son leves y tienden a desaparecer a partir del tercer mes.
- **No justificado realizar periodos de descanso;** no aportan ventajas adicionales, pueden conllevar un embarazo no deseado y al realizarlos, la paciente asume nuevamente los riesgos del reinicio (TEV en AHC)



REQUISITOS PARA PRESCRIPCIÓN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL



INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS- AHC

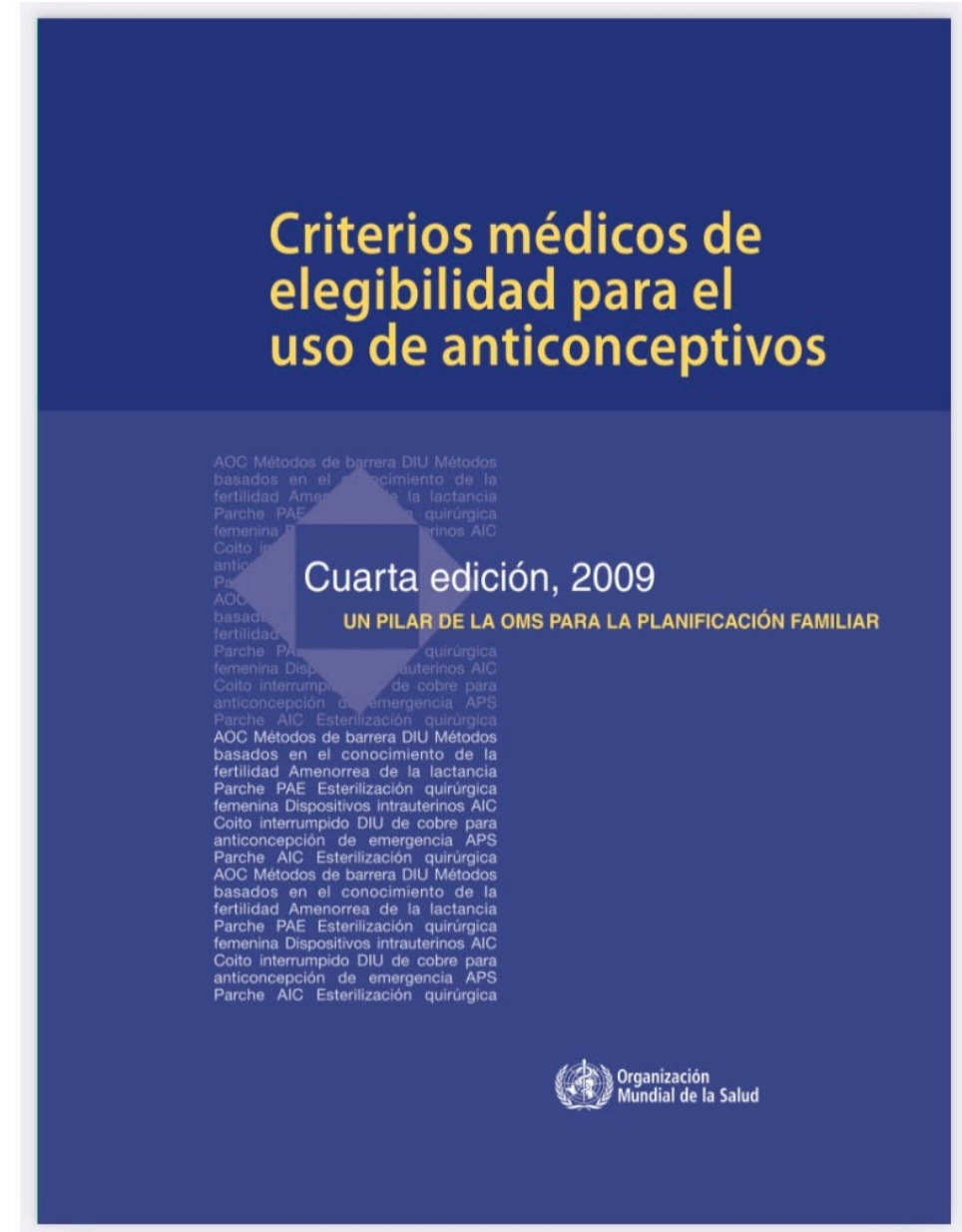
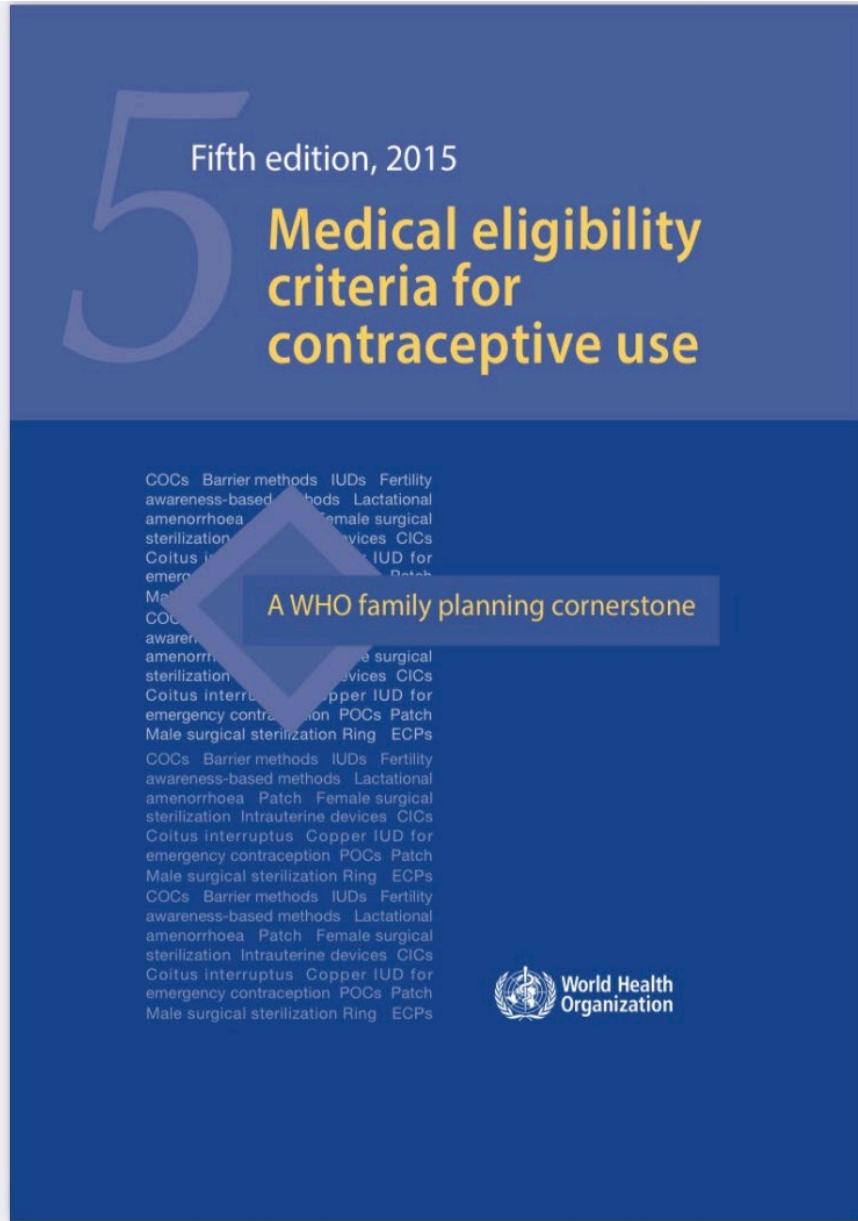
Pueden disminuir la eficacia anticonceptiva (y hay que utilizar medidas adicionales):

- Antibióticos: Rifampicina y Rifabutina. *No hay interacción de los AHC con antibióticos de amplio espectro, antifúngicos ni antiparasitarios.*
- Anticonvulsivantes: Fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbacepina y Lamotrigina
- Hipnótico sedantes: clorpromacina.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS PSG

- Fármacos que inducen las enzimas del Citocromo P450 (usar otro mecanismo de protección hasta 28 días después de finalizar medicación)

CRITERIOS MÉDICOS ELEGIBILIDAD OMS



TIPO DE ANTICONCEPTIVO		
CONDICIÓN	CATEGORÍA I = inicio C = continuación	ACLARACIONES/ EVIDENCIA
CONDICIÓN	Condición clasificada de 1 a 4	Aclaraciones y evidencia relacionada con la clasificación

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	No (No use el método)
4	No se debe usar el método	



EDAD

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					
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA					
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA	NA = No aplica Aclaración: No se requiere el uso de AOC, parches, anillos ni AIC. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los AOC, PAC, AVC o AIC son usados accidentalmente durante el embarazo.
EDAD*					Evidencia: Las adolescentes usuarias de AOC que contienen 20 µg de etinilestradiol tienen una densidad mineral ósea (DMO) inferior en comparación con aquellas que no los usan; mientras que los AOC que contienen dosis más altas de etinilestradiol tienen poco o ningún efecto.(44-51) En mujeres adultas premenopáusicas, los anticonceptivos hormonales combinados tienen poco o ningún efecto en la salud ósea mientras que en la perimenopausia aparentemente preservan la masa ósea. (35;52-100) Las mujeres posmenopáusicas que siempre han usado AOC tienen una DMO similar a las que nunca los han utilizado. (64;68;78;91;101-120) La DMO en mujeres adolescentes o premenopáusicas puede no predecir con exactitud el riesgo de fracturas posmenopáusicas.(119;121-132)
a) Menarquia a < 40 años	1	1	1	1	
b) ≥ 40 años	2	2	2	2	

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 sola LNG/ETG = implantes de levonorgestrel y etonogestrel D/NE = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA				
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA = No aplica Aclaración: No se requiere el uso de APS. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los APS son usados accidentalmente durante el embarazo. Sin embargo, aún resta por esclarecer la relación del uso de AMPD durante el embarazo y sus efectos en el feto.
EDAD				Evidencia: La mayoría de los estudios muestra una densidad mineral ósea disminuida a lo largo del tiempo entre las usuarias de AMPD, pero la recuperan luego de interrumpir su uso. No se sabe todavía si el uso de AMPD en adolescentes afecta los niveles máximos de masa ósea o si las mujeres adultas con uso prolongado de AMPD pueden recuperar la densidad mineral ósea y volver a los niveles basales antes de la menopausia. Se desconoce la relación que existe entre los cambios asociados con el AMPD en la densidad mineral ósea durante los años reproductivos y el riesgo de fracturas en el futuro.(1-41) En los estudios no se han hallado efectos o bien se obtuvieron resultados inconsistentes respecto de los efectos de los APS, excepto los AMPD, en la densidad mineral ósea.(42-54)
a) Menarquia a < 18 años	1	2	1	
b) 18 a 45 años	1	1	1	
c) > 45 años	1	2	1	

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					
TABAQUISMO					Evidencia: Las usuarias de AOC que fumaban tuvieron un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, en especial infarto agudo del miocardio, en comparación con las que no fumaban. Los estudios también mostraron un riesgo mayor de infarto agudo del miocardio a medida que aumentaba el número de cigarrillos fumados por día. (174-185)
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	

TABACO

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 sola LNG/ETG = implantes de levonorgestrel y etonogestrel D/NE = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
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	

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	

HIPERTENSIÓN

Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	3	3	3	3	Aclaración: Se recomienda la evaluación de la causa y el nivel de la hipertensión, lo antes posible. Evidencia: Las mujeres a quienes no se les tomó la presión arterial antes del uso de los AOC tuvieron un mayor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular. (199-203)
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3	3	3	3	Aclaración: Las mujeres que reciben la terapia antihipertensiva adecuada están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con aquellas sin tratar. Aunque no hay datos, las usuarias de AOC, parche, anillo o AIC con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias de AOC, parche, anillo o AIC con hipertensión sin tratar.
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)					Evidencia: Entre las mujeres con hipertensión, las usuarias de AOC tuvieron un riesgo mayor de accidente cerebrovascular, infarto agudo del miocardio y enfermedad arterial periférica en comparación con aquellas que no los usaban. (174;176;183-185;187;199-214) La discontinuación del uso de AOC en mujeres con hipertensión puede mejorar el control de la presión arterial. (215)
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	3	3	3	3	
(ii) sistólica \geq 160 o diastólica \geq 100 mm Hg	4	4	4	4	
d) Enfermedad vascular	4	4	4	4	

HIPERTENSIÓN

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	

HIPERTENSIÓN*

Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	2	2	2	Aclaración: Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de APS. Sin embargo, en algunos lugares no es factible medir la presión arterial. En muchos de estos sitios, la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los APS constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de APS simplemente por no poder tomarles la presión arterial.
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	2	1	Aclaración: Las mujeres que reciben la terapia antihipertensiva adecuada están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con aquellas sin tratar. Aunque no hay datos, las usuarias de APS con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un riesgo menor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias hipertensas de APS sin tratar.
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)				Evidencia: Evidencia limitada sugiere que, entre las mujeres con hipertensión, quienes usan AOPS o inyectables de progestina sola pueden tener un riesgo mayor de eventos cardiovasculares en comparación con aquellas que no utilizan estos métodos. (109)
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	1	2	1	
(ii) sistólica \geq 160 o diastólica \geq 100 mm Hg	2	3	2	
d) Enfermedad vascular	2	3	2	

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					

OBESIDAD					
a) IMC \geq 30 kg/m ²	2	2	2	2	Evidencia: Las mujeres obesas que usan AOC tienen un riesgo aumentado de tromboembolismo venoso comparadas con las mujeres que no los usan. El riesgo absoluto de tromboembolismo venoso en mujeres sanas en edad reproductiva es pequeño. La evidencia limitada sugiere que las mujeres obesas que usan AOC no tienen un riesgo más alto de infarto agudo del miocardio o accidente cerebrovascular que las mujeres obesas que no los usan.(179;185-191) La evidencia limitada es inconsistente respecto de si la efectividad de los AOC varía según el peso corporal o el IMC.(169-174) La evidencia limitada sugiere que las mujeres obesas no son más propensas a aumentar de peso luego de tres ciclos de uso del anillo vaginal o de AOC que las mujeres con peso normal o sobrepeso. Durante los tres meses el aumento de peso fue similar entre el grupo con AOC y el grupo con anillo vaginal en todas las categorías de IMC.(198) La eficacia del parche disminuyó entre las mujeres que pesaban > 90 kg; sin embargo, no se ha observado una asociación entre el riesgo de embarazo y el IMC.(26)
b) Menarquia a <18 años e IMC \geq 30 kg/m ²	2	2	2	2	

OBESIDAD

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 sola LNG/ETG = implantes de levonorgestrel y etonogestrel D/NE = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				

OBESIDAD				
a) IMC \geq 30 kg/m ²	1	1	1	Aclaración: No hay evidencia de un aumento de peso diferencial en las adolescentes con peso normal y las adolescentes obesas que usan EN-NET; esta condición se clasifica como categoría 1. Sin embargo, la condición edad < 18 años se clasifica como categoría 2 debido a la evidencia sobre los efectos potenciales de EN-NET en la densidad mineral ósea. Evidencia: Las adolescentes obesas que utilizaron AMPD eran más propensas a aumentar de peso que las adolescentes obesas que no los utilizaban, las usuarias de AOC que eran obesas y las usuarias de AMPD que no eran obesas. No se observó esta relación en mujeres adultas. En un estudio pequeño no se observó incrementos en el aumento de peso en usuarias adolescentes de Norplant para cualquier categoría de peso inicial.(100-108)
b) Menarquia a <18 años e IMC \geq 30 kg/m ²	1	AMPD =2 EN-NET= 1	1	



TROMBOFILIA

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de la protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4	4	4	4	Aclaración: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes. Evidencia: Entre las mujeres con mutaciones trombogénicas, las usuarias de AOC tuvieron un riesgo de trombosis entre dos y veinte veces más alto que aquellas que no los usaban.(191;222-244)
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL*					
a) Várices	1	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	2	2	2	2	

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	2	2	2	Aclaración: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL				
a) Várices	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	1	1	1	

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación								ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC		PAC		AVC		AIC		
	I	C	I	C	I	C	I	C	
CEFALEAS*									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)
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	2	1	2	1	2	1	2	
b) Migraña									
(i) Sin aura									
<i>Edad < 35 años</i>	2	3	2	3	2	3	2	3	
<i>Edad ≥ 35 años</i>	3	4	3	4	3	4	3	4	
(ii) con aura, a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	4	4	

CEFALEAS

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación						ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS		D/EN		LNG/ETG		
	I	C	I	C	I	C	
CEFALEAS*							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							
<i>Edad < 35 años</i>	1	2	2	2	2	2	
<i>Edad ≥ 35 años</i>	1	2	2	2	2	2	
(ii) con aura, a cualquier edad	2	3	2	3	2	3	

TRASTORNOS ENDOCRINOS

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					
PALUDISMO	1	1	1	1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS					
DIABETES					
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	1	Evidencia: El uso de AOC no aumentó el desarrollo de diabetes no insulino-dependiente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.(462-469) Asimismo, se observa que el uso de estos anticonceptivos no afecta los niveles de lípidos.(470-472)
b) Enfermedad no vascular					Evidencia: Entre las mujeres con diabetes insulino o no insulino-dependiente, el uso de los AOC tuvo un efecto limitado en los requerimientos diarios de insulina y ningún efecto en el control de la diabetes a largo plazo (p. ej., niveles de hemoglobina A _{1c}) o progresión a retinopatía. Los cambios en el perfil lipídico y los marcadores hemostáticos fueron limitados y casi todos permanecieron dentro de los valores normales.(473-482)
(i) no insulino-dependiente	2	2	2	2	
(ii) insulino-dependiente	2	2	2	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4	3/4	3/4	3/4	Aclaración: La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad de la condición.
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4	3/4	3/4	3/4	Aclaración: La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad de la condición.
TRASTORNOS TIROIDEOS					
a) Bocio simple	1	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
DIABETES*				
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	Evidencia: Los APS no tuvieron efectos adversos en los niveles de lípidos séricos en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional en dos estudios pequeños.(193;194) La evidencia es limitada e inconsistente respecto del desarrollo de diabetes no insulino-dependiente en usuarias de APS con antecedentes de diabetes gestacional.(195-198)
b) Enfermedad no vascular				Evidencia: La evidencia limitada sobre el uso de métodos de progestina sola (AOPS, AMPD, implante de LNG) entre mujeres con diabetes insulino o no insulino-dependiente sugiere que estos métodos tienen poco efecto en el control a corto o a largo plazo de la diabetes (p. ej., niveles de HbA _{1c}), los marcadores hemostáticos o en el perfil lipídico.(199-202)
(i) no insulino-dependiente	2	2	2	
(ii) insulino-dependiente	2	2	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	2	3	2	
TRASTORNOS TIROIDEOS				
a) Bocio simple	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	

CASO CLÍNICO 5



Lucía tiene 13 años y 7 meses. Acude acompañada de su madre y consulta porque hace unos meses ha iniciado relaciones sexuales y desea un método anticonceptivo.

Ella es usuaria de preservativo pero su madre le ha insistido en consultar a su pediatra porque cree que sería recomendable una píldora. No obstante, su madre está preocupada porque piensa que su hija es muy joven para tomar anticonceptivos.

CASO CLÍNICO 5- Lucía

- Motivo de consulta: anticoncepción
- Antecedentes familiares. No TEV.
- Antecedentes personales. No migraña con aura. No TEV. Fumadora ocasional. No tratamientos actuales.
- Antecedentes ginecológicos. Mq 12. CM 5/ 35-40. Síndrome premenstrual y dismenorrea que cede con ibuprofeno. Preservativo.
- Exploración física. Normal. Toma de **tensión arterial** -> normotensa
- No precisa más pruebas

CASO CLÍNICO 5- Lucía

- Edad no CI ningún tipo de anticonceptivo
- Tabaco. < 35 años, no CI. Recomendación de salud; suspender tabaco
- Tratamientos actuales. No.
- Opciones de tratamiento: Todas factibles.
 - ✓ Ofrecimos en primer término anticoncepción hormonal combinada.
 - ✓ Eligió píldora. Pautamos EE + drospirenona (preocupada por aumento de peso).
 - ✓ Dimos consejos e información a hija y madre. **DOBLE MÉTODO**
- A los 2 meses acuden de nuevo porque la madre ha descubierto que Lucía escupe los comprimidos una vez que su madre no la ve “los anticonceptivos engordan”.
- Proponemos implante. Derivamos a Ginecología. (No financiado, pero no CI)

Anticonceptivos Hormonales lista 2020

Actualizado por Dr. Javier Peña



EUSKAL ANTISORGAILU ELKARTEA
SOCIEDAD VASCA DE CONTRACEPCIÓN

Dienogest

Nombre Comercial	Laboratorio	Estrógeno Etinilestradiol	Gestágeno Dienogest	Presentación	Precio	Financiado
Dianogest/ Etinilestradiol	Cinfa	30 mcg	2 mg	1x21	4,71	SI
				3x21	14,14	SI
Ceciciana Diario	Sandoz Farm	30 mcg	2 mg	1x28	4,71	SI
				3x28	14,14	SI
Ceciliana	Sandoz Farm	30 mcg	2 mg	1x21	4,71	SI
				3x21	14,14	SI
Oedien	Bailleul	30 mcg	2 mg	1x28	4,71	SI
				3x28	14,14	SI
Sibilla Diario	Gedeon Richter	30 mcg	2 mg	1x28	4,71	SI
				3x28	14,14	SI
Sibilla	Gedeon Richter	30 mcg	2 mg	1x21	4,71	SI
				3x21	14,14	SI
Verezana	Teva	30 mcg	2 mg	1x21	4,71	SI
				3x21	14,14	SI

Drospirenona

Nombre Comercial	Laboratorio	Estrógeno Etinilestradiol	Gestágeno Drospirenona	Presentación	Precio	Financiado
Yasmin	Bayer	30 mcg	3 mgr	1x21	17,95	No
				3x21	48,96	No
Yasmin Diario	Bayer	30 mcg	3 mgr	1x28	17,95	No
				3x28	48,96	No

Clomadinona

Nombre Comercial	Laboratorio	Estrógeno Etinilestradiol	Gestágeno Clomadinona	Presentación	Precio	Financiado
Balianca	Gedeon Richter	30 mcg	2 mg	1x21	15,60	No
				3x21	45,94	no
Balianca Diario	Gedeon Richter	30 mcg	2 mg	1x21	15,60	No
				3x21	45,94	no
Belara	Gedeon Richter	30 mcg	2 mg	1x21	15,60	No
				3x21	45,94	No
Belara Diario	Gedeon Richter	30 mcg	2 mg	1x28	15,60	No
				3x28	45,94	No
Belara BCN Farma	BCN Farma	30 mcg	2 mg	1x21	15,60	No
				3x21	45,94	No
Belara Difarmed	Difarmed	30 mcg	2 mg	1x21	15,60	No
				3x21	45,94	No
Belara Elam	Elam Pharma	30 mcg	2 mg	1x21	15,60	No
				3x21	45,94	No
Elynor	Brill Pharma	30 mcg	2 mg	1x21	17,17	No
				3x21	48,39	no
Etinilestradiol/ Clomadinona	Stada	30 mcg	2 mg	1x21	12,18	No
				3x21	34,81	no

Anticonceptivos Hormonales lista 2020

Actualizado por Dr. Javier Peña

Vía Vaginal

Nombre Comercial	Laboratorio	Estrógeno Etinilestradiol	Gestágeno Etonogestrel	Presentación	Precio	Financiado
Nuvaring	MS&D	0'015 mg	0,12 mg	1 anillo	19,92	No
Dolna	Adamed	0'015 mg	0,12 mg	1 anillo 3 anillos	14,91 29,71	No No
Femlooo	Bexal	0'015 mg	0,12 mg	1 anillo 3 anillos	14,99 39,96	No No
Ornibel	Exeltis	0'015 mg	0,12 mg	1 anillo 3 anillos	9,90 29,71	Si Si
Ringo	Kern Pharma	0'015 mg	0,12 mg	1 anillo 3 anillos	9,90 29,71	Si Si
Setiona	Mylan	0'015 mg	0,12 mg	1 anillo 3 anillos	14,99 30,00	No No

Vía Transdérmica

Nombre Comercial	Laboratorio	Estrógeno Etinilestradiol	Gestágeno Norelgestromina	Presentación	Precio	Financiado
Evra	Janssen-Cilag	600 mcg	6 mg	Envase 3 Envase 9	19'29 52'93	No No



EUSKAL ANTISORGAILU ELKARTEA
SOCIEDAD VASCA DE CONTRACEPCIÓN

NÓDULO DE MAMA

CASO CLÍNICO 6

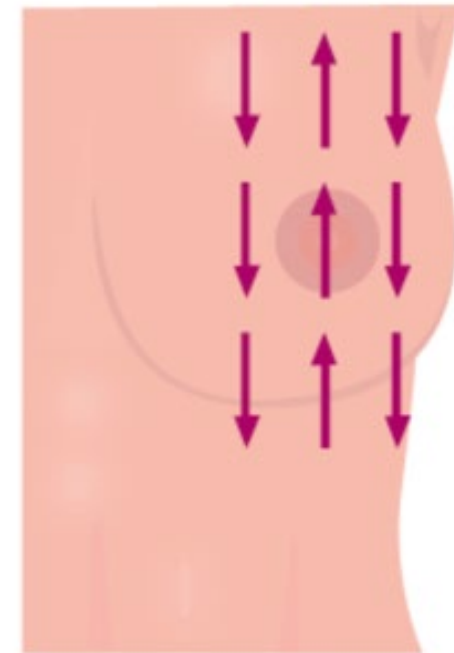
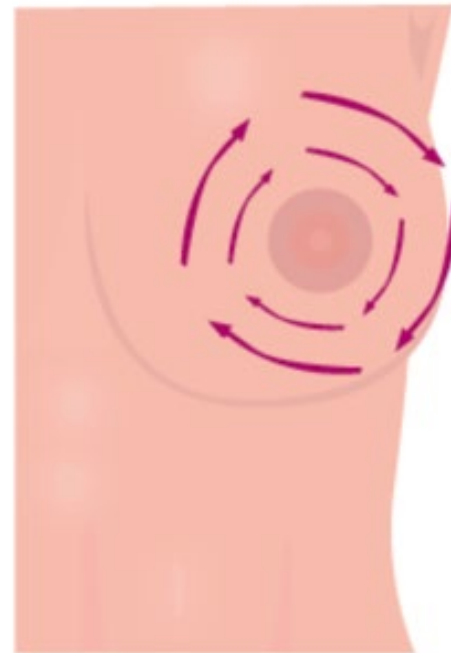
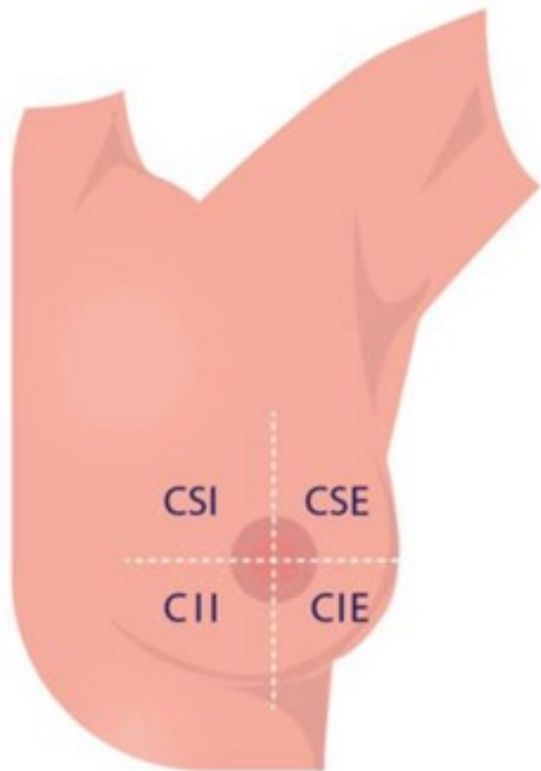


Patricia de 12 años consulta por un “bulto” en la mama derecha. Refiere haberlo notado hace 7 días, antes de empezar con la regla, pero no ha desaparecido. Su madre es portadora de una mutación BRCA (se le realizó test genético a consecuencia de diagnóstico de cáncer de mama en su hermana de 32 años y portadora de dicha mutación).

EXPLORACIÓN MAMARIA

Barrido de los 4 cuadrantes , complejo areola-pezón y adenopatías axilares y supraclaviculares

(Barrido en zig-zag o circular en sentido horario)



EXPLORACIÓN MAMARIA

- Determinar :Localización , tamaño, consistencia, movilidad, bordes
- Características de benignidad. Nódulo elástico, consistencia media, bien delimitado, no adherido a planos superficiales ni profundos (rodadero), no alteraciones cutáneas suprayacentes (piel de naranja), no retracción del pezón.
- Características de sospechosa de malignidad. Nódulo duro-pétreo, mal delimitado, adherido a planos superficiales y/o profundos, alteraciones cutáneas, retracción del pezón. Adenopatías axilares y/o supraclaviculares que acompañan a nódulo sospechoso.

Tras exploración, DERIVAR siempre, aunque criterios de benignidad

ECOGRAFÍA MAMARIA

Siempre ante nódulo de mama o dudas en la exploración

CLASIFICACIÓN BIRADS

Breast Image Reporting and Data System

Si es preciso: **BAG** (biopsia con aguja gruesa)

CATEGORÍA	
0	▸ Valoración incompleta. Se requieren estudios adicionales.
1	▸ Estudio normal. Seguimiento habitual para la edad de la paciente
2	▸ Hallazgo benigno. Seguimiento habitual para la edad de la paciente
3	▸ Hallazgo probablemente benigno. VPP < 2%. Se recomienda seguimiento de corto intervalo (6-12-24 meses).
4	▸ Lesión sospechosa de malignidad. Incluye las categorías 4A (VPP>2%-10%), 4B (VPP>10%-50%) y 4C (VPP>50%-95%). Se recomienda biopsia.
5	▸ Lesión altamente sospechosa de malignidad (VPP > 95%). Se recomienda biopsia.
6	▸ Hallazgo maligno confirmado mediante biopsia. Se recomienda tratamiento.

POSIBLES DIAGNÓSTICOS EN ADOLESCENTE

- **Quistes simple, placa mastopatía.** No requieren seguimiento. Ni tratamiento.
- **FIBROADENOMA.** El más frecuente en la adolescencia. Extirpación si rápido crecimiento o gran tamaño.
- **TUMOR PHYLLODES .** En adolescentes suele ser benigno. Rápido crecimiento y pueden alcanzar gran tamaño. Tendencia a recidiva local (hasta 20-40%). Extirpación con márgenes amplios (1-2cm)
- LIPOMA. No requiere Qx
- HAMARTOMA. Histológicamente es una mezcla desordenada de los distintos tejidos que componen la mama. No precisa Qx.
- PAPILOMA
- Tumoración maligna (excepcional)

Manual de práctica Clínica en Senología 2019

CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

- Entre un 5-10% de los casos de cáncer de mama son hereditarios.
- Aunque los genes BRCA1/2 siguen siendo los principales genes asociados al cáncer de mama hereditario, otros genes de alto riesgo se han visto implicados (PALB2, TP53, POTEN, STK11)
- A las mujeres portadoras de mutación BRCA1/2 se les recomienda seguimiento específico y se les puede ofrecer **mastectomía bilateral** con reconstrucción
- Seguimiento:
 - ✓ Inicio a los **25 años**. Si historia familiar de Ca mama antes de los 30 años, la edad de inicio para seguimiento se puede individualizar
 - ✓ Exploración clínica cada 6-12 meses desde los 25 años
 - ✓ RMN mama anual entre 25-70 años
 - ✓ Mamografía anual entre 30-75 años

CASO CLÍNICO 6 - Patricia

- EXPLORACIÓN . En CSE MI, Nódulo elástico de un 1.5 cm , bien delimitado, no adherido a planos superficiales ni profundos, no alteraciones cutáneas suprayacentes. No adenopatías.MD no tumoral.
- Se derivó a Ginecología.
- ECOGRAFÍA MAMARIA. BIRASDS 2. Quiste simple de 17mm.
- No precisa estudio histológico
- No precisa estudio genético
- No precisa seguimiento habitual

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

CASO CLÍNICO 7



Amaya es una paciente de 13 años que consulta por prurito vulvo-vaginal desde hace unos días. Refiere haber mantenido relaciones sexuales consentidas con un chico de 14 años desde hace 1 mes. Refiere que no utilizó preservativo porque esa pareja le comentó que no hacía falta, puesto que ella toma píldora anticonceptiva. Amaya está preocupada porque ha descubierto que es chico tiene relaciones con otras parejas y consume drogas.

ITS ADOLESCENTES

- Más susceptibles a la infección por inmadurez del tracto genital.
- Factores que aumentan riesgo de contraer ITS: inicio de relaciones a edad temprana, promiscuidad, **uso irregular del preservativo**.

CONSECUENCIAS en adolescentes:

- esterilidad y dolor pélvico crónico en un futuro
- aumento riesgo de infección por VIH (herpes o sífilis)

RECOMENDACIONES

Los profesionales sanitarios (pediatra, médico de familia, ginecólogo) debemos asesorarles sobre:

- ✓ conductas sexualmente seguras: retraso de inicio de relaciones sexuales, disminución de promiscuidad, métodos barrera.
- ✓ conductas socialmente seguras: no drogas, no alcohol.



GeITS



Grupo Español para la
investigación de las
enfermedades de
transmisión sexual de la



Sociedad Española de
Infectología Pediátrica (SEIP)

ITS ADOLESCENTES

El **CRIBADO** en adolescentes está indicado cuando:

- su historia sexual lo requiera (prácticas de riesgo..)
- siempre que aparezcan signos o síntomas que pudieran ser causados por una ITS

Entre los 13 y 16 años el médico valorará el grado de madurez del menor, pudiendo catalogarle de “menor maduro”; pudiendo el menor, en este caso, tanto aceptar el tratamiento como decidir si se informa o no a su familia.

MUY IMPORTANTE LA NOTIFICACIÓN A LA PAREJA

*Documento de consenso sobre Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017).
Ministerio de Sanidad.*



GeITS



Grupo Español para la
investigación de las
enfermedades de
transmisión sexual de la IAT



Sociedad Española de
Infectología Pediátrica (SEIP)

PLAN ACTUACIÓN SOSPECHA ITS

EXPLORACIÓN. Exploración genitales externos y flujo vaginal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- PCR (genital) de **exudado endocervical** (gonococo, clamidia, tricomonas, ureaplasma, micoplasma)
(*torunda sin medio*)
- Cultivo de **Exudado vaginal** . Candida, Vaginosis, actinomyces. (*torunda con medio*)

Serologías (VHB, VHC, VIH, Sífilis). Repetir a los 6 meses (incluso 3 meses).

En Primaria Turriano no permite hacer petición de PCR endocervical y además para muestra endocervical se precisa espéculo y entrenamiento en toma de la muestra.

¿Cómo proceder?

- Tomar 1 torunda con medio +1 torunda sin medio de flujo vaginal-> un único volante de cultivo vaginal niñas.
- Llamar a microbiología del Hospital para que cuando lleguen las dos torundas estén en aviso y ellos amplían a PCR genital de exudado vaginal en Mambrino.
- La PCR de exudado vaginal permite detectar las mismas ITS que la PCR de exudado endocervical, aunque con un menor rendimiento diagnóstico. En la actualidad se acepta este método de detección en niñas.

TRATAMIENTO ITS ADOLESCENTES

Tratamiento recomendado de primera elección en niños y adolescentes		
<i>C. trachomatis</i>	<p>Niños con peso <45 kg:</p> <p>Eritromicina 50 mg/kg/día cada 6 horas vía oral durante 14 días.</p> <p>No existen datos de la dosis óptima ni de la eficacia de azitromicina para infecciones por <i>C.trachomatis</i> en niños con peso < 45 kg.</p>	<p>Niños con peso ≥45 kg:</p> <p>Azitromicina 1 gramo vía oral en dosis única ó</p> <p>Doxiciclina 100 mg dos veces al día vía oral durante 7 días (en el caso de niños mayores de 8 años)</p>
	Se recomienda confirmación de cura con prueba microbiológica a las 2 semanas de finalizar el tratamiento.	
<i>N. gonorrhoeae</i>	<p>Infección gonocócica no complicada (vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, faringitis o proctitis) en niños con peso ≤45 kg:</p> <p>Ceftriaxona 25-50 mg/kg IV o IM dosis única (dosis máxima IM 125 mg)</p>	<p>Infección gonocócica no complicada (vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, faringitis o proctitis) en niños con peso >45 kg:</p> <p>Ceftriaxona 250 mg/kg IM dosis única con azitromicina 1 gramo vía oral en dosis única ó</p> <p>Cefixima 400 mg vía oral en dosis única con azitromicina 1 gramo vía oral en dosis única</p>
	<p>Artritis o bacteriemia gonocócica en niños con peso ≤45 kg:</p> <p>Ceftriaxona 50 mg/kg (dosis máxima: 1 g) IM o IV en dosis única por 7 días.</p>	<p>Artritis o bacteriemia gonocócica en niños con peso >45 kg:</p> <p>Ceftriaxona 1 gramo IM o IV en dosis única diaria por 7 días.</p>
	Se recomienda reevaluar a estos pacientes tras 3-7 días de completar tratamiento para asegurar respuesta clínica (riesgo de resistencias a gonococo).	
<i>T.vaginalis</i>	<p>Tratamiento en niños:</p> <p>Metronidazol 15 mg/kg/día cada 8 horas vía oral durante 7 días.</p>	<p>Tratamiento en adolescentes:</p> <p>Metronidazol 2 gramos vía oral en dosis única ó</p> <p>Metronidazol 500 mg dos veces al día durante 7 días</p>

CASO CLÍNICO 7 - Amaya

- Exploración. Flujo blanquecino grumoso sugestivo candidiasis
- Toma de muestras vaginales (1 con medio + 1 sin medio)
- Solicitamos serologías (VHB, VHC, VIH, Sífilis)
- Indicamos fenticonazol 600mg óvulo intravaginal+ pomada uso externo 1 aplic cada 12h x 7 días ante sospecha candidiasis
- Información siempre doble método

- Resultados PCR vaginal y cultivo vaginal confirmaron cándida albicans
- Serologías negativas. Repetimos a los 6 meses.