

AMENORREA

CIAP-2: (X05) Menstruación ausente/escasa.

CIE-10: (N91) Menstruación ausente, escasa o rara.

2.- DEFINICION:

Se define como la falta de hemorragia menstrual temporal o permanente, y que puede afectar a mujeres en cualquier edad.

Toda mujer debe estudiarse siempre que cumpla alguno de los siguientes criterios:

- Ausencia de menstruación a los 14 años, acompañada del retraso del crecimiento o falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
- Falta de menstruación a los 16 años, independientemente que si el desarrollo y crecimiento son normales, o de la aparición de caracteres sexuales secundarios.
- Mujer que ya ha menstruado y presenta falta de menstruación por un periodo de al menos, 3 de sus ciclos habituales, o 6 meses de amenorrea.
- Además se puede iniciar el estudio de aquellos casos en que la amenorrea suponga un estado de preocupación o ansiedad.

CLASIFICACION:

1.-Amenorrea fisiológica.- Es la falta de menstruación que ocurre durante el embarazo.

2.- Amenorrea Primaria.- Es la ausencia de menarquia a los 16-18 años, o ausencia de menstruación 2 años después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

3.-Amenorrea Secundaria.- Consiste en el cese de la menstruación durante al menos 3 meses, una vez excluidas las causas fisiológicas.

ETIOLOGIA:

Amenorrea Primaria	Falla gonadal (43%).
	Ausencia congénita del útero y vagina (15%).
	Constitucional (14 %).
Amenorrea Secundaria	Anovulación crónica (39%).
	Hipotiroidismo/hiperprolactinemia (20%).
	Perdida de peso/anorexia (16%)

3.- DIAGNOSTICO:

Anamnesis:

- **Historia ginecoobstetrica:** Menarquia, duración y periodicidad del ciclo menstrual, métodos anticonceptivos, embarazos y partos, episodios previos de amenorrea y tratamiento recibido.
- **Presencia de otros síntomas** (acné, hirsutismo y/o virilización, galactorrea, síntomas climatéricos, síntomas de patología tiroidea, cefalea o alteraciones visuales).
- **Síntomas sugestivos de déficit estrogénico:** sofocos, sequedad vaginal, dispareunia.
- **Hábitos de alimentación, ejercicio físico.**
- **Uso de medicamentos:** Anticonceptivos orales, fármacos que puedan aumentar la prolactina (metoclopramida, antidepresivos triciclicos, neurolépticos).
- **Estado psicológico y emocional.**

Examen físico:

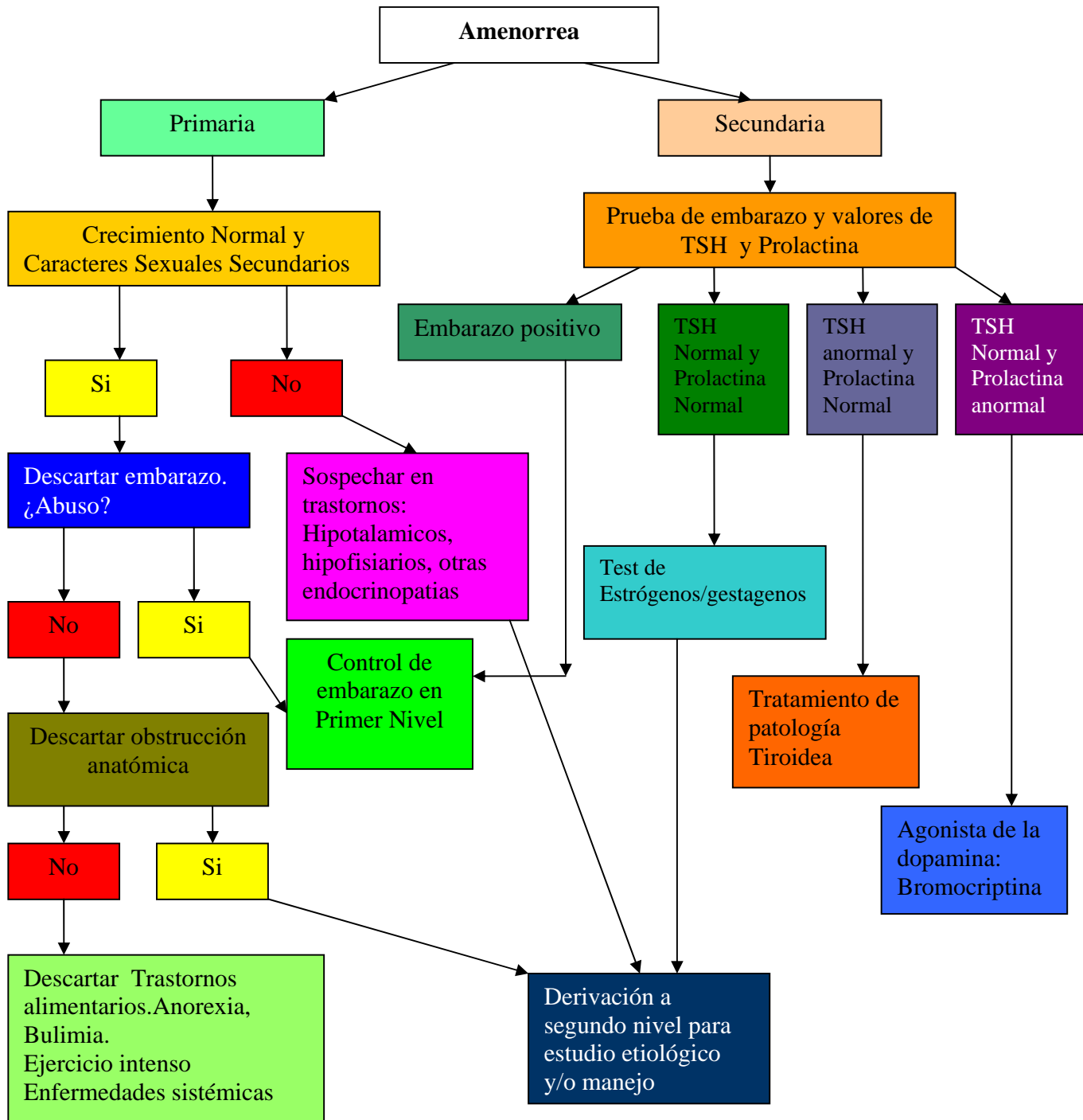
- **Peso, talla (IMC obesidad o bajo peso).**
- **En la inspección general:** valoración de caracteres sexuales secundarios: distribución de vello y signos de virilización.
- **Exploración ginecológica:** inspección de genitales externos: vagina y cuello, tacto bimanual y rectoabdominal: valorar tamaño, contorno del útero y anexos así como dolor o tumoraciones, en la exploración mamaria valorar galactorrea.
- **Palpación de tiroides.**
- **Examen neurológico**

5.- APOYOS COMPLEMENTARIOS.

Según la historia clínica

- Hemograma completo.
- Prueba de embarazo
- Eco transvaginal previo consentimiento informado.
- El resto de las pruebas se realizaran en función de las características clínicas. (función renal y hepática, TSH, prolactina, FSH, LH)

FLUJOGRAMA DE MANEJO



6.- TRATAMIENTO.

Tiene por objeto restablecer la menstruación, las opciones de tratamiento estarán en función de la causa y, siempre que sea posible de los deseos de fecundidad de la paciente.

No farmacológico

- Se debe informar a la paciente de que la amenorrea en situaciones de estrés es muy común.
- En la amenorrea inducida por el ejercicio, la disminución de la intensidad del entrenamiento o un aumento de peso de un 2-3% suele determinar menstruaciones normales en 2-3 meses.
- En mujeres anoréxicas debe intentarse modificar la conducta y hábitos dietéticos para recuperar el porcentaje de grasa corporal. Interconsulta con salud mental.

Farmacológico.

- En hiperprolactinemia están indicados agonista de la dopamina: bromocriptina: se comienza con dosis de 1,25 mg al acostarse y se va aumentando hasta 2,5 mg - 5mg cada 8-12h hasta normalizar los valores de prolactina.
- En ciclos anovulatorios: si desea anticoncepción prescribir anticonceptivos orales a dosis bajas si no desea anticoncepción prescribir un gestageno cíclicamente (5-10 mg de acetato de medroxiprogesterona, o 200- 300 mg de progesterona natural durante 10-12 días al mes.)

7.- REFERENCIAS.

- Ortega A, Cardona J, Prado M, Formación Medica Continuada en Atención Primaria Protocolos: Patología Ginecológica en Atención Primaria.Volumen 14 Protocolo 3 Julio 2007.
- South-Paul J, Matheny S, Lewis E. Vaginitis. En: Diagnostico y Tratamiento en Medicina Familiar.Mexico: Editorial El Manual Moderno, 2005 p.206-208.
- Martínez J, Escribano J. Ginecología y Atención Primaria. Problemas Clínicos Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Severo Ochoa Leganes Madrid. Grupo Aula Médica SA España 2004...
- Puente San agustín A, Trastornos de la regla. Guía de Actuación en Atención Primaria semFYC Tercera Edición 2006.