

Título: AMENORREA

Codificación CIE-10:

N91 menstruación ausente, escasa o rara.

Problema: Ausencia de menstruación temporal o permanente que puede afectar a mujeres en cualquier edad. Amenorrea fisiológica es la falta de menstruación que ocurre durante el embarazo, la lactancia o la menopausia. Considerar siempre al embarazo como una probable causa de amenorrea. Puede ser secundaria al uso de anticonceptivos o cirugía. Amenorrea primaria cuando la paciente tiene los caracteres sexuales secundarios normales en ausencia de menarquia a los 16-18 años, o ausencia de menstruación 2 años después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Amenorrea secundaria consiste en el cese de la menstruación durante al menos 6 meses, una vez excluidas las causas fisiológicas. La amenorrea secundaria es más frecuente que la forma primaria.

Objetivos terapéuticos:

1. Restablecer la menstruación
2. Corregir la causa primaria caso de ser necesario

Tratamiento no farmacológico:

- Hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos la amenorrea es un síntoma, por lo que su tratamiento dependerá del cuadro en cuyo contexto se produce.
- Se debe informar a la paciente que la amenorrea en situaciones de estrés es muy común.
- Más de 8 horas de ejercicio intenso durante la semana pueden producir amenorrea. 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. A veces se resuelve con un ajuste de la dieta.
- En ausencia de menstruación y siendo todas las pruebas y exámenes normales, se realiza un control cada 3 meses para evaluar la evolución de los caracteres sexuales secundarios femeninos.

Selección del medicamento de elección:

	<i>Principios activos</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Seguridad</i>	<i>Conveniencia</i>	<i>Niveles</i>
1	Estradiol	+++	+++	+++	1-2-3
2	Medroxiprogesterona	+++	+++	+++	1-2-3
3	Bromocriptina	++	++	++	3
4	Clomifeno	++	++	++	3

AMENORREA PRIMARIA:

La terapia hormonal de remplazo, consistente de estrógenos + progestágenos, se recomienda para mujeres que generalmente no tienen síntomas ni signos de deficiencia estrogénica.

Las jóvenes con caracteres sexuales secundarios no completamente desarrollados, pueden ser tratadas con dosis bajas de estrógenos para simular el proceso gradual de maduración puberal.

La terapia cíclica con progestágenos, 12 a 14 días por mes, puede iniciarse una vez que se ha producido el sangrado vaginal. Se recomienda el uso de medroxiprogesterona debido a la larga experiencia con este medicamento.

En ciclos anovulatorios:

Si desea anticoncepción prescribir anticonceptivos orales a dosis bajas.

Si no desea anticoncepción prescribir un gestageno, cíclicamente.

Para iniciar el flujo menstrual se recomienda el empleo de progestágenos y en las niñas con pobre desarrollo sexual, también se pueden administrar estrógenos.

AMENORREA SECUNDARIA:

En las formas secundarias de amenorrea, cuando sea posible se tratan las causas específicas.

La disfunción ovulatoria es la ovulación ausente, irregular, anormal. El diagnóstico con frecuencia es posible por el análisis hormonal y la historia. La ovulación puede ser inducida por medicamentos. El tratamiento usualmente es la inducción de la ovulación con clomifeno u otras drogas.

En caso de anormalidades del tracto genital, puede estar indicada la cirugía. En otras circunstancias la corrección de la patología subyacente determina restaurar la función ovárica normal y prevenir el desarrollo de osteoporosis. La corrección de la lesión básica puede restaurar la ovulación y permitir el embarazo.

Los agonistas de la dopamina son efectivos en el tratamiento de la hiperprolactinemia. En la mayoría de casos este tratamiento restaura la función endócrina ovárica y la ovulación.

La terapia con gonadotrofinas es eficiente en pacientes con amenorrea que deseen tener hijos.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, las mujeres con amenorrea que no deseen el embarazo, pueden restaurar el ciclo normal empleando anticonceptivos orales.

Medicamentos de elección – condiciones de uso:

Principio activo: *estradiol*

Presentación: grageas 1 mg.

Posología:

Hipoestrogenismo 1 – 2 mg, vía oral, diariamente, en ciclos de 3 semanas. Suspender una semana y repetir el ciclo. Añadir progestágeno durante 10 – 14 días cada 28 días si el útero está intacto.

Efectos indeseables:

Náusea, vómito y calambres abdominales. Migrañas. Retención de agua y sal. Sangrados mínimos o metrorragias. Tensión en las glándulas mamarias. Alteraciones en la secreción cervical. Candidiasis vaginal. Vaginitis. Exantemas. Acné. Cloasma. Pérdida de peso. Hirsutismo. Aumento de la presión arterial. Intolerancia a la glucosa. Labilidad emocional.

Precauciones:

Aumentan el riesgo de cáncer endometrial. Descartar neoplasia en sangrados frecuentes o recurrentes no diagnosticados. Aumenta riesgo de trombosis venosa, infarto del miocardio. Historia familiar de cáncer de mama. Enfermedad benigna de mama. Colelitiasis. Ictericia obstructiva por estrógenos o durante el embarazo. Hipertensión. Inmovilización postraumática o quirúrgica. Antecedentes de depresión. Migraña.

Medroxiprogesterona

Tabletas 5 - 10 mg.

Posología:

Administrar cíclicamente 10 mg, oralmente, los primeros 12 días del ciclo menstrual, para evitar la hiperplasia endometrial que los estrógenos administrados aisladamente pueden ocasionar.

La primera hemorragia uterina, cuando no ha sucedido en forma espontánea, puede ser inducida con medroxiprogesterona acetato 5 a 10 mg diarios, durante 5 a 10 días.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes. Neoplasias diagnosticadas o probables de mama. Embarazo. Cáncer de mama. Sangrado uterino anormal no diagnosticado. Insuficiencia o enfermedad hepática severa. Tromboflebitis o enfermedad trombo embólica activa.

Efectos indeseables:

Náusea, dolor o calambres abdominales. Migrañas. Retención de agua y sal. Sangrado mínimo o metrorragias. Cambios en el patrón del sangrado menstrual. Hiperglicemia. Aumento del tamaño del ovario o formación de quistes ováricos. Cansancio. Aumento rápido de peso.

Precauciones:

Asma. Lactancia. Alteraciones de la función hepática. Insuficiencia cardíaca congestiva. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Epilepsia. Antecedentes de depresión. Migraña. Insuficiencia renal significativa. Alteraciones de la función hepática. Hiperlipidemias.

Bromocriptina

Tabletas 2.5 mg.

Indicaciones:

Hiperprolactinemia

Posología:

Dosis inicial: 1.25 - 2.5 mg, oral, diariamente; aumentar 2.5 mg/día, cada 2 - 7 días.

Dosis usuales: 2.5 - 15 mg oral, diariamente.

Nota: Tomar este medicamento con los alimentos.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes. Embarazo. HTA no bien controlada. Enfermedad coronaria grave. Enfermedad vascular periférica.

Efectos indeseables:

Náusea, vómito, estreñimiento. Cefalea, vértigo, hipotensión postural, somnolencia. Vaso espasmo de los dedos de manos y pies, particularmente en pacientes con síndrome de Raynaud. Confusión, excitación psicomotora. Aumento de transaminasas.

Precauciones:

Alteraciones renales o hepáticas. Hipertensión arterial. Uso prolongado (más de 2 años). Antecedentes de infarto de miocardio, arritmias cardíacas. Psicosis. Asegurar ausencia de embarazo en tratamiento de amenorrea en mujer de edad fértil. Vigilar niveles de prolactina mensualmente.

Observaciones:

* La bromocriptina constituye la base del tratamiento actual de la hiperprolactinemia. Los agonistas dopaminérgicos son la primera opción terapéutica tanto en las formas idiopáticas como en las de causa tumoral (prolactinoma). Los agonistas de los receptores D₂ restauran la función gonadal en el 90% de los casos, además de

reducir el volumen tumoral en un 70 - 80%. Si la mujer desea tener descendencia, la bromocriptina será siempre la opción inicial, dada la amplia experiencia de inocuidad durante el uso accidental en el embarazo.

INFERTILIDAD FEMENINA (inducción de ovulación):

Clomifeno

Tabletas 50 mg.

Posología:

50 mg, oral, diariamente, durante 5 días. Iniciar el tratamiento cualquier día si no hay menstruaciones o el 5^{to} día del ciclo menstrual.

Dosis máxima 100 mg oral, diariamente, durante 5 días.

Si ocurre la ovulación, la menstruación sigue después de 35 días del episodio de sangrado inducido. El tratamiento se continúa hasta por 4 ciclos ovulatorios.

Indicaciones:

La ovulación ocurre en 75 a 80% de mujeres tratadas con clomifeno.

Administrar gonadotrofinas cuando el clomifeno no ha sido eficaz.

Estimula la ovulación en mujeres con oligomenorrea o amenorrea y disfunción ovulatoria. Se usa en el tratamiento de los trastornos de la ovulación en mujeres que deseen el embarazo. Induce la liberación de gonadotrofinas.

Contraindicaciones:

Embarazo. Sangrado vaginal, anormal, no diagnosticado. Endometriosis. Fibrosis uterina. Cáncer de endometrio. Síndrome de ovario poliquístico (puede haber una respuesta exagerada al clomifeno. Utilizar dosis bajas y por el menor tiempo posible). Disfunción suprarrenal. Enfermedad tiroidea no controlada. Tumor de hipófisis. Enfermedades hepáticas. Depresión mental.

Efectos indeseables:

Crecimiento del ovario que produce dolor pélvico y distensión abdominal. Rubor. Aumento del tamaño de las mamas. Náusea. Vómito. Visión borrosa, diplopía, foto sensibilidad, escotomas, especialmente en tratamientos prolongados. Cefalea.

Precauciones:

En caso de enfermedad poliquística de ovario puede darse una respuesta exagerada a la gonadropina coriónica humana. Utilizar las dosis más bajas y por el menor tiempo posible.