



## Resolución Directoral

Lima, 10 de Octubre de 2022

### Visto:

El expediente N° 03023-22, y;

### CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba el documento denominado "Norma Técnica de Salud para la elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia con Nota Informativa N°55-DGO-HONADOMANI.SB.22 de fecha 16 de febrero de 2022, solicita al Director General la aprobación de la Adopción de tres Guías de Práctica Clínica del Servicio de Madre Adolescente del Departamento de Gineco Obstetricia: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Amenorrea, Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Ovarios Poliquísticos en Adolescentes, ambas originarias del Instituto Nacional Materno Perinatal; y Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea originaria de México); adjuntando copias de las Guías originariamente emitidas;

Que, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad con Informe N°039-J-OGC-2022-HONADOMANI-SB de fecha 08 de setiembre de 2022, se dirige al Director Adjunto con los fundamentos que expone, emite opinión favorable y propone continuar con los trámites de aprobación de la Adopción de las tres Guías de Práctica Clínica del Servicio de Madre Adolescente del Departamento de Gineco Obstetricia;

Que, mediante Nota Informativa N°071-2022-DA-HONADOMANI.SB de fecha 08 de setiembre de 2022, el Director Adjunto emite opinión favorable al pedido de aprobación de la Adopción de las tres Guías de Práctica Clínica que adjunta;

Que, mediante Memorando N° 285.2022.DG.HONADOMANI.SB de fecha 12 de setiembre de 2022, el Director General solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, como Director General del hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero.- Aprobar** la "Adopción de tres Guías de Práctica Clínica del Servicio de Madre Adolescente del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé":

- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Amenorrea (11 folios, originaria del Instituto Nacional Materno Perinatal).
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Ovarios Poliquísticos en Adolescentes (13 folios, originaria del Instituto Nacional Materno Perinatal).
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea (14 folios, originaria del Instituto Mexicano de Seguridad Social)

**Artículo Segundo.- Disponer** que el Departamento de Gineco Obstetricia, implemente la difusión y aplicación interna de las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el Artículo 1° de la presente Resolución.

**Artículo Tercero.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutivo, en la dirección electrónica [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe).

**Regístrese y Comuníquese,**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS  
Director General  
CMP 48739 RNE. 7427

SGCR/ASP/JORC/JCYO/rpag  
c.c.

- DA
- OGC
- DGO
- OAJ
- OEI
- Archivo



PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre  
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO  
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR  
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"



# HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

## DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

### GUIAS DE PRACTICA CLINICA

### SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

**2022**

HOSPITAL SAN BARTOLOME  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA  
Mg. Juan O. Ramirez Cabrera  
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetra  
CMP. 24474 RNE. 14521



PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre  
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO  
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR  
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

**Dr. Santiago Cabrera Ramos**  
**Director del Hospital Nacional Docente**  
**Madre Niño "San Bartolomé"**

**Dr. Santiago Cabrera Ramos**  
**Sub Director del Hospital Nacional**  
**Docente Madre Niño "San Bartolomé"**

**Dr. Juan Ramirez Cabrera**  
**Jefe del Departamento de Gineco**  
**Obstetricia**

HOSPITAL SAN BARTOLOME  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA  
Mg. Juan O. Ramirez Cabrera  
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetricia  
CMP. 24474 RNE. 14521



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

**Jefes del Servicio del Departamento de Gineco  
Obstetricia:**

**Dr. David Cornejo Falcon**

**Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal**

**Dr. Jorge Gutarra Canchucaja**

**Jefe del Servicio de Ginecología**

**Dr. Ivan Reyes Armas**

**Jefe del Servicio de Reproducción Humana**

**Dr. Gerardo Campos Siccha**

**Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica**

**Dr. Jose Taboada Tello**

**Jefe del Servicio de Medicina Especializada**

**Lic. Joel Mota Rivera**

**Jefe del Servicio de Obstetricia**



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

# RELACIÓN DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

Nº	GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA
1	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA
2	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES
3	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA

HOSPITAL SAN BARTOLOME  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA  
.....  
Mg. Juan O. Ramírez Cabrera  
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetra  
CMP. 24474 RNE. 14521

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

## I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es facilitar la toma de decisiones en el diagnóstico y manejo del Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes basado en la mejor evidencia posible.

## II. OBJETIVO

Los objetivos son:

- a) Establecer los criterios para hacer el diagnóstico clínico del Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes
- b) Establecer criterios de tratamiento médico del Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes
- c) Conocer la morbilidad asociada

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Aplicación por el Departamento de Ginecología y Obstetricia

## IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN ADOLESCENTES

### 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

- Síndrome de Ovario Poliquístico
- CIE 10: E28.2

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1. DEFINICIÓN

Trastorno endocrino metabólico más frecuente en la mujer en edad reproductiva caracterizado por oligo y anovulación, hiperandrogenismo e Infertilidad (1,2,3)

### 5.2. ETIOLOGÍA

La exacta etiología de síndrome de ovario poliquístico es desconocida.

Se han identificado aproximadamente 50 genes relacionados a esta condición (4)

### 5.3. FISIOPATOLOGÍA

En su fisiopatología se encuentran una compleja interrelación de alteraciones tales como:

- Disfunción ovulatoria por una alteración de la foliculogénesis.
- Hiperandrogenismo producto de una esteroidogénesis alterada,
- Alteración neuroendócrina que produce hipersecreción de LH.
- Alteración metabólica consistente principalmente en insulinoresistencia e hiperinsulinemia.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

#### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Endocrinopatía más común 5 a 10% de las mujeres. Se pueden encontrar ovarios poliquísticos ecográficamente aproximadamente en 20% de la población femenina y no estar necesariamente asociados con los típicos síntomas (6).

#### 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Obesidad, en > 50% se asocia a sobrepeso (IMC > 25) y obesidad (IMC > 30).
- Resistencia a la insulina (RI). Se presenta en 60 a 80% de las pacientes siendo más prevalente en las mujeres obesas (8,9).
- Diabetes tipo 2. Se presenta en un 7 a 10% de las pacientes (10).
- Hiperandrogenismo. El hirsutismo es el mejor marcador clínico de hiperandrogenismo y para su graduación debe utilizarse el score de FerrimanGallway (ver fig.1). El hirsutismo se asocia a PCOS en un 40 a 92% y va a depender de factores raciales, edad y genética.

No recomendamos dosar Testosterona libre, pues las técnicas utilizadas para su medición han sido cuestionadas (11, 12)

- Síndrome Metabólico. Presente en un 30 a 50 % de las pacientes con PCOS. Sugerimos los criterios diagnósticos de la ALAD (ver fig.2).
- La intolerancia a la glucosa, la obesidad, el síndrome metabólico y dislipidemia son factores de riesgo independientes, que se encuentran con frecuencia en las mujeres con PCOS y elevan el riesgo, de muerte por ECV y DM2: OR de 4:1 (14)
- Cáncer. Las mujeres con PCOS tienen un aumento en el riesgo de cáncer de endometrio de 2.7 veces (95%, 1C: 1.0 a 7.3), En cuanto a cáncer de mama y de ovario existe evidencia limitada que los asocie (13).
- Riesgo Obstétrico: Las mujeres con PCOS tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones del embarazo tales como: Diabetes gestacional 3:1 , HIE parto prematuro 2:1(26)

#### VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

##### 6.1. CUADRO CLINICO

- Oligomenorrea y amenorrea.
- Hiperandrogenismo; incluyen hirsutismo, acné, alopecia, seborrea (patrón masculino de Balding).
- Acantosis Nigricans.
- Infertilidad

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL SAN BARTOLOME	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	PERU	Ministerio de Salud	HONORADO MANEJO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES				SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

## 6.2 DIAGNÓSTICO

### 6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Según el Consenso de Rotterdam (2003) propuso la siguiente: definición de Síndrome de Ovario Poliquístico (2,3)

- Oligo o anovulación (oligomenorrea-amenorrea)
- Hiperandrogenismo (bioquímico o clínico).
- Criterios ecográficos de ovarios poliquísticos (Rotterdam). Presencia de 120 más folículos antrales (miden de 2 a 9 mm) en por lo menos un ovario. Volumen ovárico > de 10 CC.

Considerar > de 20 folículos antrales de contar con transductor TV = o > 8MHz. (28).

Dos de los tres son suficientes para confirmar el diagnóstico.

Exclusión de otras causas de Oligo-anovulación.

Pero no se han presentado criterios convincentes para definir el PCOS establecido para adolescente. Los últimos estudios indican que el diagnóstico de PCOS en adolescentes está constituido por los criterios de hiperandrogenismo con oligo- anovulación.

**Hiperandrogenismo (bioquímico o clínico):**

- Evidencia bioquímica de hiperandrogenismo, según lo indicado por la elevación persistente del suero total y / o libre de niveles de testosterona y determinados en una referencia fiable. el laboratorio, proporciona el soporte más claro para la presencia de hiperandrogenismo en una adolescente con síntomas.
- El hirsutismo moderado a severo constituye clínica (puntuación de hirsutismo > 15 del score de Ferriman-Gallwey) evidencia de hiperandrogenismo.
- Las niñas con acné inflamatorio moderado o severo (> 10 lesiones en cualquier área) acné persistente y poco sensible a la terapia dermatológica tópica deben ser evaluadas para detectar la presencia de hiperandrogenemia antes de iniciar cualquier terapia médica (15,16,28).
- **Oligo o anovulación (oligomenorrea-amenorrea):**
- > 3 años después de la menarquia a la perimenopausia: < 21 o > 35 días o < 8 ciclos por año
- > 1 año después de la menarquia: > 90 días para cualquier ciclo
- Amenorrea primaria a los 15 o > 3 años después de la telarquia (15,16,28)

**Ecografía:**

El propósito principal de la ecografía en el adolescente hiperandrogénico es excluir causas distintas del SOP. Un beneficio secundario es identificar a las pocas personas con ovarios muy grandes, para quienes simplemente proporciona más evidencia de la gravedad y la especificidad

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	<b>PERU</b> <b>Ministerio de Salud</b> <small>MINISTERIO DE SALUD</small>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA</b> <b>ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES</b>		<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	

del diagnóstico del SOP. La ecografía no se recomienda ni se requiere para el diagnóstico de SOP en adolescentes, porque la alta frecuencia de ovarios con apariencia poliquística en mujeres normales en este grupo de edad hace que este sea un criterio poco confiable para el diagnóstico de SOP (15,16,28).

### 6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Síndrome de Hiperplasia Suprarrenal
- Tumores secretores de andrógenos
- Prolactinoma
- Síndrome de Cushing
- Hipotiroidismo
- Hirsutismo idiopático

### 6.3 EXÁMENES AUXILIARES

#### 6.3.1. De Patología Clínica

Perfil hormonal: se solicitará dosaje hormonal al segundo o tercer día del ciclo:

- FSH: normal
- LH: aumentada.
- Relación LH/FSH: aumentado > 1.5 veces
- Prolactina: normal o aumentada.
- TSH, T4.
- 17 OH-progesterona. Aumentada en casos de hiperplasia adrenal.
- AMH (Hormona antimulleriana), no se recomienda su dosaje como criteriodiagnóstico (28).

Perfil bioquímico:

- Glucosa post prandial
- Hemoglobina glicosilada

#### 6.3.2. De Imágenes

Ecografía transvaginal (ver criterios ecográficos de Rotterdam).

### 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Debemos diagnosticar resistencia a la insulina en todos los pacientes con PCOS independientemente de su IMC, ya que representa un factor de riesgo para Diabetes

<b>ELABORADO POR:</b> <b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	<b>REVISADO POR:</b> <b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA</b>	<b>VIGENCIA</b> <b>ENERO 2022- ENERO 2025</b>
---	---	--

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANI SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES					SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

gestacional. El tamizaje de RI debe realizarse con un test de glucosa post-prandial: 75 grVO y dosaje de glucosa a las 0 hs. (VN = o < 100 mg/dl) y a las 2hs (VN: = o < 140 mg/dl). No se recomienda el dosaje de insulina basal (13). Otras opciones son la glucosa en ayunas y la Hb1c.

#### 6.4.1. TRATAMIENTO DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y SÍNDROME METABÓLICO EN PCOS.

Cambios de estilo de vida (dieta, ejercicios y hábitos de vida saludable) es el mejor tratamiento para controlar la RI, la obesidad y el síndrome metabólico y por consiguientedisminuye el riesgo de desarrollar Diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (13, 18,19).GR: B

Se debe usar Sensibilizantes a la insulina en aquellos pacientes que no responden a los cambios de estilo de vida. Metformina es el fármaco recomendado. GR: A.

Las Glitazonas no son recomendadas por existir limitada evidencia para su uso (13).

#### 6.4.2. TRATAMIENTO DEL HIPERANDROGENISMO:

El tratamiento de exceso de andrógenos puede ser alcanzado por:

- La supresión de la producción de andrógenos ováricos.
- Aumentar la concentración de SHBG (globulina fijadora de las hormonas sexuales).
- La inhibición de la conversión periférica de la testosterona a su metabolito activo, la dihidrotestosterona
- La inhibición de la acción de andrógenos en los tejidos.

Los anticonceptivos orales combinados se han usado por mucho tiempo para mejorar las manifestaciones clínicas hiperandrogénicas como acné e hirsutismo que en PCOS son generalmente de leve a moderadas. Sin embargo, su uso prolongado ha sido cuestionado por sus potenciales efectos metabólicos y cardiovasculares.

Por este motivo se sugiere reservarlos para el tratamiento de hirsutismo y de acné de formas moderadas a severas (20,21).

Los efectos benéficos de los anticonceptivos en el acné pueden ser observados a los 2 meses.

Los efectos sobre el crecimiento del vello se aprecian a los 6 meses y se sugiere no usar por más tiempo (20).

En algunos estudios la combinación de Etinil estradiol junto al Acetato de Ciproterona ha mostrado superioridad terapéutica en aquellos casos en los que las manifestaciones por exceso de andrógenos son severas, el cual se ha observado que funciona mejor en casos de leves a

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	<b>PERU</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>FONDO MANTENIMIENTO</b> <b>SAN BARTOLOME</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE</b> <b>MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO</b> <b>OBSTETRICIA</b> <b>ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b> 
<b>I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES</b>			<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	

móderados; aunque recientemente, meta análisis no revelan cambios significativos en el uso de otros progestágenos (28).

Otras alternativas de tratamiento para el hiperandrogénismo son la espironolactona y el finasteride.

No olvidar que la disminución de peso y los cambios de estilo de vida deberían ser la terapia de mantenimiento para el hiperandrogenismo.

#### **6.4.3. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS REPRODUCTIVOS.**

El Síndrome de Ovario Poliquístico se asocia a anovulación crónica lo cual se expresa clínicamente con ciclos menstruales irregulares (oligo y amenorrea) e infertilidad. Al igual que para los trastornos endocrinos metabólicos, los cambios de estilo de vida y consiguiente reducción de peso han demostrado: restaurar la ovulación, los ciclos regulares y mejorar las tasas de fecundidad, Estudios observacionales han notado que la disminución de apenas 5% del peso corporal inicial, mejora la tasa de ovulación (23,24) y las tasas de embarazo (22) en pacientes con PCOS y obesidad.

#### **6.4.4. TRATAMIENTO DE PACIENTES SIN DESEO DE FERTILIDAD.**

Para aquellas pacientes que no buscan gestación, se hará uso de medidas higiénicodietéticas (alimentación saludable, disminución de peso, etc.).

Si estas acciones no funcionaran se iniciará el uso de anticonceptivos hormonales combinados, hasta por 6 meses.

Si a pesar de ello no responde, se derivará a endocrinología para manejo conjunto de la patología.

#### **6.5. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO**

De acuerdo al tratamiento recibido, se pueden presentar los efectos adversos propios de cada fármaco utilizado; siendo los mas frecuentes, la presentación de molestias digestivas, cefalea, mareos por el uso de anticonceptivos orales.

#### **6.6. SIGNOS DE ALARMA**

Se debe determinar la presencia de signos clínicos relacionados a las comorbilidades del SOP como hemorragia uterina anormal, los trastornos del estado de ánimo, la apnea obstructiva del sueño, la diabetes e hiperlipidemia.

#### **6.7. CRITERIOS DE ALTA**

<b>ELABORADO POR:</b> <b>SERVICIO DE MADRE</b> <b>ADOLESCENTE</b>	<b>REVISADO POR:</b> <b>DEPARTAMENTO DE</b> <b>GINECO OBSTETRICIA</b>	<b>VIGENCIA</b> <b>ENERO 2022-</b> <b>ENERO 2025</b>
---	---	--

	<b>PERU</b> Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. <b>GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES</b>				<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>

El alta para su seguimiento en su centro de salud corresponde una vez determinado el grado de compromiso metabólico y establecida la terapia individual. De ser necesario los controles pueden continuarse en nuestra institución.

#### **6.8 PRONOSTICO**

Las pacientes con síndrome de ovario poliquístico pueden presentar síntomas a lo largo de la vida y un mayor riesgo de complicaciones a medio y largo plazo como diabetes mellitus, hipertensión arterial, incremento de lípidos en sangre y riesgo cardiovascular. Aquellas pacientes que han presentado periodos prolongados de oligomenorrea y/o amenorrea deben hacer prevención y seguimiento de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio. Además, la gestación en la paciente con SOP también se asocia a mayor riesgo de complicaciones.

#### **6.9 COMPLICACIONES.**

- Sobrepeso y Obesidad.
- Enfermedad cardiovascular
- Dislipidemia
- Resistencia a la Insulina - Diabetes Mellitus tipo 2 - Infertilidad.
- Abortos.
- Hiperplasia endometrial; Los ciclos anovulatorios con exposición constante a E2; Riesgo de CA de Endometrio.
- Síndrome metabólico
- Apnea del sueño (17,18,20 y 22)

#### **6.10 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

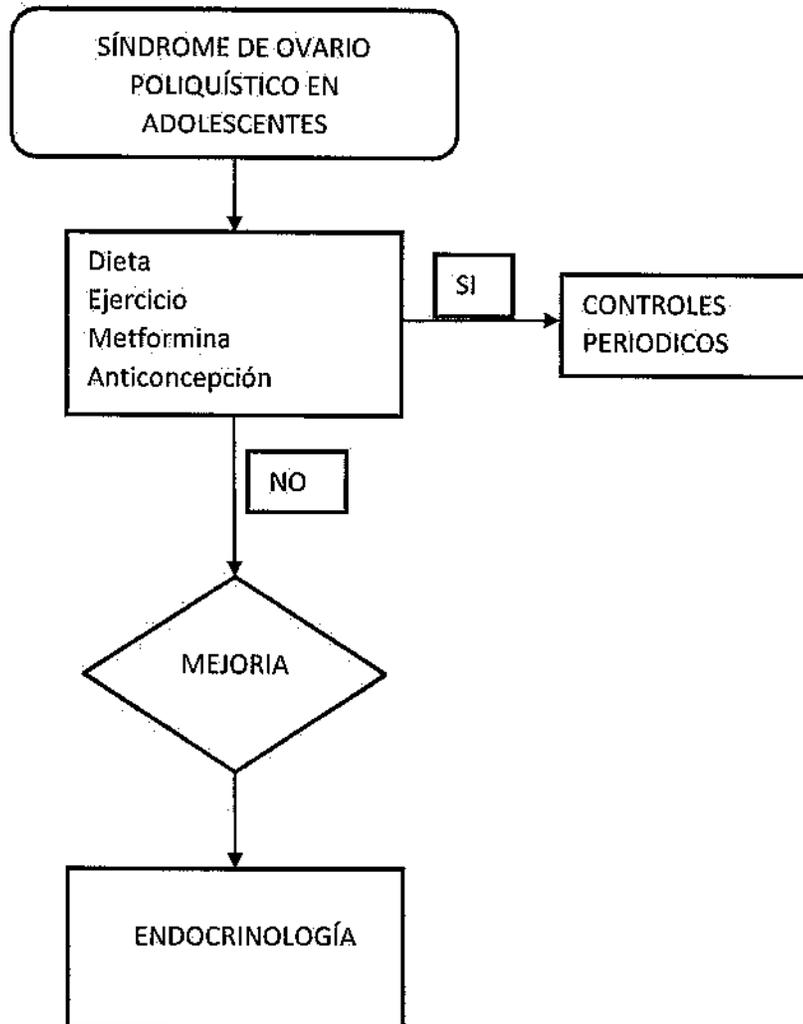
Las pacientes que requieran tratamientos de Reproducción Asistida se referirán al servicio de Reproducción Humana de nuestro Hospital.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERU	Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS EN ADOLESCENTES				SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

## 6.11 FLUXOGRAMA:

### 6.11.1 : MANEJO DE LA PACIENTE



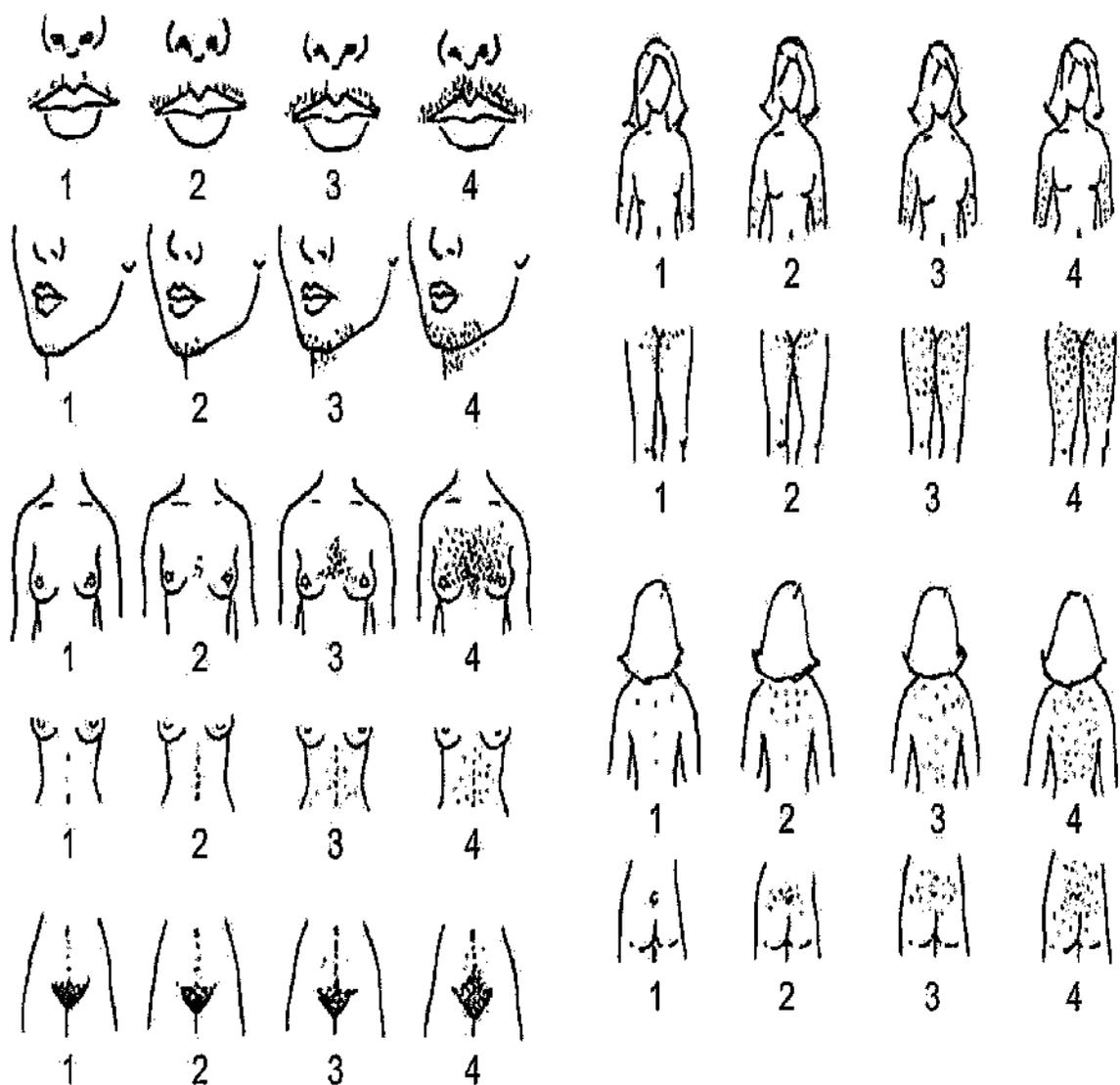
ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	<b>PERU</b> <b>Ministerio de Salud</b> HONORADO MANRIQUE SAN BARTOLOME	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA</b> <b>ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES</b>			<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>

**VII. ANEXOS**

Figura 1

**SCORE DE FERRIMAN-GALLWAY MODIFICADO**



Puntuación de hirsutismo > 15 del score de Ferriman-Gallway

<b>ELABORADO POR:</b> SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	<b>REVISADO POR:</b> DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	<b>VIGENCIA</b> ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---

	PERU Ministerio de Salud	HONORARIAT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

Figura 2

<b>Tabla 2 : Criterios diagnósticos de SMO armonizados de la IDF, NHLBI, AHA, WHO, IAS y IASO (se necesitan 3 de estos criterios)<sup>27</sup></b>	
1. Circunferencia abdominal:	Hombres $\geq 94$ cm y mujeres $\geq 88$ cm (GLESMO)
2. Triglicéridos:	$\geq 150$ mg/dL o recibiendo tratamiento para la hipertrigliceridemia (fibratos y/o ácido nicotínico)
3. HDL-C:	Hombre $< 40$ mg/dL y mujer $< 50$ mg/dL o bajo tratamiento para el HDL-C bajo (fibratos y/o ácido nicotínico)
4. Presión arterial sistólica:	$\geq 135$ mmHg o presión arterial diastólica $\geq 85$ mmHg o bajo tratamiento antihipertensivo en un paciente con antecedentes de hipertensión
5. Glucemia plasmática en ayunas:	$\geq 100$ mg/dL o en tratamiento para glucemia elevada

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	PERU	Ministerio de Salud	HONORABLE GOBIERNO DE SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES.				SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE.	

### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFIA.

1. Consenso sobre el tratamiento de la infertilidad relacionado con el síndrome de ovario poliquístico The Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group\* 2 y 3 de marzo de 2007 Human Reproduction Vol.23, No.3 pp. 462-477, 2008.
2. Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología/Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. ESHRE/ASRM n Reunión de consenso de Rotterdam Consenso revisado de 2003 sobre criterios de diagnóstico y riesgos para la salud a largo plazo relacionados con el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Hum Reprod 2004; 19:41-47.
3. Sociedad Europea de Reproducción y Embriología de Yuman/Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Consenso revisado de 2003 sobre criterios de diagnóstico y riesgos para la salud a largo plazo relacionados con el síndrome de ovario poliquístico. Fertil Steril 2004; 81:19-25.
4. Obstetricia y ginecología clínicas de América del Norte Volumen 50, número 1, 2007. Lippincott Williams & Wilkins
5. Mejores prácticas e investigación Endocrinología clínica y metabolismo vol. 20, 2006, Elsevier.
6. Mejores prácticas e investigación en obstetricia y ginecología clínica, vol. 22, No. 2, págs. 261-274, 2008 Elsevier.
7. Adams J, Polson DW y Franks S. Prevalencia de ovarios poliquísticos en mujeres con anovulación e hirsutismo idiopático. BMJ 1986; 293: 355-359.
8. Carmina E, Lobo RA 2004 Uso de sangre en ayunas para evaluar la prevalencia de resistencia a la insulina en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. Fertil Steril 82:661-665.
9. De Ugarte CM, Bartolucci AA, Azziz R. 2005 Prevalencia de resistencia a la insulina en el síndrome de ovario poliquístico utilizando la evaluación del modelo de homeostasis. Fertil Steril 83: 1454-1460
10. Legro RS, Kunesman AR, Dunaif A 1999 Prevalencia y predictores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y alteración de la tolerancia a la glucosa en el síndrome de ovario poliquístico: un estudio prospectivo y controlado en 254 mujeres afectadas. J Clin 84:165-169.
11. Azziz, R., et al, "Exceso de andrógenos en mujeres: experiencia con más de 1000 pacientes consecutivos", The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2004, 89, pág. 453 - 462
12. Rosner W., Auchus R, Azziz R. Declaración de posición: Utilidad, limitaciones y peligros en la medición de la testosterona: una declaración de posición de la sociedad endocrina. J Clin. Endocrinol. Metab. 92,405-413 (2007).

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE.	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL SAN BARTOLOME	VIGENCIA: ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	-------------------------------------

	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>HONORARIOS</b> San Bartolomé	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>	
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES</b>					<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	

13. Faucher DC, Legro RS, Chang J, Ildiz BQ, Laven JS, Boivin J, Petraglia F, Wijeyeratne CNI, Norman RJ, Dunaif A, Franks S, Wild RA, Dumesic D, Barnhart K. Consensus sobre los aspectos de salud de la mujer del ovario poliquístico Síndrome de ovario poliquístico (SOP). Amsterdam ESHRE/ASRM-Patrocinado por el 3er Grupo de taller de consenso sobre SOP. Reproducción Humana, Vol.27, No.1 pp. 14-24, 2012.

14. Wild R. Evaluación del riesgo cardiovascular y prevención de enfermedades cardiovasculares en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: J Clin Endocrinol Metab, mayo de 2010, 95(5):2038-2049.

15. Witchel SF, Oberfield S, Rosenfield RL, et al. El diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico durante la adolescencia. Horm Res Pediatr 2015.

16. Rosenfield, RL Evaluación diagnóstica del síndrome de ovario poliquístico en adolescentes. Al Día, octubre 2021.

17. Mikola M, Hillesman V, Halttunen M. 2001. Resultado obstétrico en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. Reproducción Humana 16:226-229.

18. Grupo de Investigación del Programa de Prevención de la Diabetes. Reducción de la incidencia de diabetes tipo 2 con intervención en el estilo de vida o metformina. N Engl J Med 2002; 346:393-403.

19. Grupo de Investigación del Programa de Prevención de la Diabetes. Seguimiento de 10 años de incidencia de diabetes y pérdida de peso en el Estudio de resultados del programa de prevención de diabetes. Lancet, Vol 374 14 de noviembre de 2009.

20. Nast A. Pautas europeas basadas en la evidencia para el tratamiento del acné. Revista de la Academia Europea de Dermatología y Venereología. Vol 26 (Suplemento 1), 1-29.2012.

21. Evaluación y tratamiento del hirsutismo en mujeres premenopáusicas: Guía de práctica clínica de la Endocrine Society The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, vol. 93, número 4, páginas 1105-1120, 2008.

22. Kiddy DS, Hamilton-Fairley D, Bush A, Short F, Anyaoku V, Reed MJ, Franks S. Mejora de la función endocrina y ovárica durante el tratamiento dietético de mujeres obesas con síndrome de ovario poliquístico. Clin Endocrinol (Oxf).1992;36:105-111.

23. Moran LJ, Brinkworth G, Noakes M, Norman RJ. Efectos de la modificación del estilo de vida en el síndrome de ovario poliquístico. Reprod Biomed Online 2006;12:569-578.

24. Pasquali R, Pelusi C, Genghini S, Cacciari M, Gambineri A. Obesidad y trastornos reproductivos en mujeres. Hum Reprod Update 2003;9:359-372.

<b>ELABORADO POR:</b> SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	<b>REVISADO POR:</b> DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	<b>VIGENCIA</b> ENERO 2022-ENERO 2025
--	--	--

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIOS Sin Pago	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS EN ADOLESCENTES			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

25. Bayram N. Uso de una estrategia de electrocauterio u hormona estimulante del folículo recombinante para inducir la ovulación en el síndrome de ovario poliquístico. British Medical Journal 2004;328(192):1-5
26. Palomba S. Complicación del embarazo en mujeres con síndrome de poliquisticovario. Actualización sobre reproducción humana, Vol.21, No.5pp.575-592, 2015.
27. Tal R. Caracterización de mujeres con niveles elevados de hormona antimülleriana (AMH): correlación de AMH con fenotipos de síndrome de ovario poliquístico y resultados de tecnología de reproducción asistida. Soy J Obstet Gynecol. 2014 julio; 211 (1): 59.e1-8.
28. Guía internacional basada en la evidencia para la evaluación y el tratamiento del síndrome de ovario poliquístico. NHMRC Center for Research Excellence in PCOS and the Australian PCOS Alliance.2018

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

## I FINALIDAD

Contribuir con la estandarización del diagnóstico y tratamiento de la amenorrea en pacientes adolescentes, que acudan al HONADOMANI San Bartolomé; basándose en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para ellas, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos del hospital.

## II OBJETIVO

Realizar el correcto diagnóstico de la amenorrea, dependiendo de la etiología y establecer el tratamiento con lineamientos protocolares para su manejo, en el HONADOMANI San Bartolomé y promover el uso de esta Guía de manejo Clínico.

## III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Manejo Clínico tiene como ámbito de aplicación el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HONADOMANI San Bartolomé, también podrá servir como referente para los demás establecimientos de salud públicos o privados que brinden atención a pacientes adolescentes en todo el país.

## IV DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA.

### 4.1 NOMBRE Y CODIGO:

AMENORREA

CODIGO CIE 10: N-91

## V CONSIDERACIONES GENERALES.

### 5.1 DEFINICIÓN

Amenorrea es la ausencia de sangrado menstrual.

Se define como *amenorrea primaria* la ausencia de menarquia, o primera regla, a los 14 años, con retraso del crecimiento o ausencia de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o a los 16 años con desarrollo y crecimiento normales y presencia de caracteres sexuales secundarios.

Se denomina *amenorrea secundaria* a la ausencia de menstruación durante 6 o más meses o un periodo equivalente a tres de los intervalos intermenstruales habituales en mujeres que previamente había presentado menstruación.

La amenorrea es un síntoma cuya causa puede estar en el aparato genital pero también a nivel del eje hipotálamo hipofisario gonadal o incluso en enfermedades sistémicas.

### 5.2 CLASIFICACIÓN:

En un intento de simplificar la clasificación de las diferentes etiologías que pueden ocasionar amenorrea se han creado "compartimentos" artificiales que permiten establecer esquemas diagnósticos clarificadores. Uno de los más sencillos es el propuesto por el Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) en 2010.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>HONORADO MANI San Bartolomé</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>	
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA</b>					<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	

#### AMENORREA CENTRAL :

- Alteraciones a nivel hipotálamo-hipófisis
- Secundaria a hiperprolactinemia
- Patología del ovario
- Síndrome del ovario poliquístico(SOP)

#### AMENORREA GENITAL :

- Patología del útero
- Patología de la vagina

Las amenorreas centrales cursan con niveles bajos de estradiol y normales o bajos de gonado- tropinas. La de causa ovárica, por fallo ovárico precoz cursan con niveles bajos de estradiol y elevados de gonadotropinas. El SOP es una compleja endocrinopatía con perfil hiperandrogénico. La amenorrea genital es una patología orgánica y por tanto los niveles hormonales son normales.

#### 5.3. ETIOLOGIA:

Las causas mas frecuentes de amenorrea primaria son la disgenesia gonadal, especialmente el síndrome de Turner, seguido de las anomalías mullerianas, sobre todo la agenesia de vagina con útero rudimentario en el síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser .

La causa más frecuente de amenorrea secundaria es el embarazo y siempre hay que descartarlo aunque la adolescente no reconozca actividad sexual. Le siguen las amenorreas funcionales por anovulación y de origen central.

<b>CAUSAS DE AMENORREA PRIMARIA</b>	
<b>CAUSAS UTERINAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenesia mulleriana(s. Rokitansky)</li> <li>• Himen imperforado, agenesia de vagina, septo vaginal</li> <li>• S. insensibilidad a los androgénos</li> </ul>	
<b>CAUSAS OVÁRICAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disgenesia gonadal pura</li> <li>• S.Turner</li> </ul>	
<b>CAUSAS HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso constitucional</li> <li>• Craniofaringioma, glioma, germinoma</li> <li>• Hiperprolactinemia</li> <li>• Hipopituitarismo</li> <li>• Radioterapia craneal</li> </ul>	
<b>CAUSAS SISTÉMICAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones endocrinas: hipotiroidismo, Síndrome de Cushing</li> <li>• Enfermedades crónicas de larga evolución: diabetes, enfermedad intestinal inflamatoria</li> </ul>	

<b>ELABORADO POR:</b> SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	<b>REVISADO POR:</b> DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	<b>VIGENCIA</b> ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	--

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

**CAUSAS DE AMENORREA SECUNDARIA**

**CAUSAS UTERINAS**

- S. Asherman, estenosis cervical
- Tuberculosis genital

**CAUSAS OVÁRICAS**

- SOP
- Fallo ovárico precoz (genético, autoinmune, radioterapia, quimioterapia)
- Anovulación crónica

**CAUSAS HIPOTÁLAMICAS**

- Pérdida de peso, estrés, ejercicio físico, TCA

**CAUSAS HIPOFISARIAS**

- Hiperprolactinemia
- Hipopituitarismo
- S. silla turca vacía, Síndrome de Sheehan
- Tumores hipofisarios
- Radioterapia holocraneal

**CAUSAS SISTÉMICAS**

- Diabetes, Lupus
- Trastornos endocrinos

**DROGAS Y FARMACOS**

- Fármacos psicótropos
- Cocaína, opiáceos

**EMBARAZO**

**5.4 FISIOPATOLOGÍA:**

Dependiente de la etiología, ver guías correspondientes.

**5.5 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

La prevalencia general varía aproximadamente entre 3% a 4%. En consultorio externo del servicio de madre adolescente del HONADOMANI San Bartolomé, la prevalencia oscila entre 1% a 4% anual para amenorrea primaria y secundaria respectivamente exceptuando los casos de embarazo, los cuales son más frecuentes.

**5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

Dependientes de la etiología.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA:
SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

## VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

### 6.1 CUADRO CLÍNICO

- ❖ **Amenorrea primaria, considerada como ausencia de sangrado menstrual hasta los 14 años sin desarrollo de características sexuales y hasta los 16 años con desarrollo de características sexuales.**
- ❖ **Amenorrea secundaria, considerada como ausencia de sangrado menstrual luego de 90 días posteriores a la última menstruación.**
- ❖ **Otros síntomas asociados dependientes de cada causa etiológica.**

### 6.2 DIAGNÓSTICO

Debe realizarse de forma rápida, optimizando las pruebas a pedir de manera que sean lo menos invasivas para la paciente y económicamente rentables. Para ello existen unos requerimientos mínimos que engloban las acciones y pruebas que todo estudio debería tener y unos requerimientos secundarios, que son las pruebas que se solicitan en función de los resultados de los primeros.

De esta manera, en una primera consulta se debería hacer:

- anamnesis detallada y exploración general y ginecológica
- test de embarazo y determinación de FSH (hormona foliculoestimulante), LH (hormona luteinizante), E2 (estradiol), PRL (prolactina), TSH (hormona estimulante del tiroides) y si existen signos de hiperandrogenismo: T (testosterona total y libre), DHEA (dihidroepiandrosterona)

En la segunda visita, tras orientar el diagnóstico con el resultado de las pruebas anteriores, se solicitarían estudios complementarios como pruebas de neuroimagen (RNM) o cariotipo.

#### 6.2.1 Diagnóstico de Amenorrea Primaria:

Durante la pubertad se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios por la acción de los estrógenos ováricos (telarquía) y andrógenos suprarrenales (pubarquía) y culmina con la aparición de la primera regla (menarquía).

La *anamnesis* debe investigar en primer lugar los antecedentes familiares de edad de menarquía en madre y hermanas, anomalías genéticas, enfermedades tiroideas y el uso materno de medicación durante el embarazo.

La historia personal recogerá datos sobre la evolución del crecimiento pondero-estatural, secuenciación del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, enfermedades crónicas y, tratamientos recibidos, especialmente los antineoplásicos.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIOS San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA.			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

El *examen físico* incluirá la medición de peso y talla, el examen de los caracteres sexuales secundarios y el examen ginecológico para valorar el aparato genital interno. En adolescentes sin relaciones éste último se puede sustituir por una ecografía.

Con estos datos se pueden establecer dos categorías:

— *Amenorrea primaria con caracteres sexuales secundarios normales*, lo que indica que la producción hormonal ovárica es normal, y por lo tanto también la estimulación central. La investigación debe dirigirse a verificar la normalidad del aparato genital. La inspección cuidadosa debe comprobar la existencia de un tracto de salida permeable y un útero normal. Podemos encontrar: himen imperforado, septo vaginal transversal o ausencia congénita de vagina. En estos casos, la menstruación que no se expulsa al exterior puede dar lugar a hematocolpos, hemátometra o hemoperitoneo. Requieren tratamiento quirúrgico.

Si el útero está ausente o es rudimentario, hay que pensar en los dos cuadros que cursan con fenotipo femenino y ausencia de útero, que son la agenesia mulleriana del síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser, con cariotipo 46XX, y el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, con cariotipo 46 XY.

Si el aparato genital externo e interno es normal, se continuará como en el protocolo de estudio de la amenorrea secundaria.

— *Amenorrea primaria sin caracteres sexuales secundarios*. Si el aparato genital interno es normal, se hará una determinación de gonadotropinas FSH y LH.

Los valores elevados de FSH y LH indican un fallo ovárico debido casi siempre a una disgenesia gonadal y sólo en un pequeño porcentaje a un déficit de 17 $\alpha$ hidroxilasa. Hay que realizar un cariotipo, que en el 50% de los casos será 45XO (s. Turner), en un 25% 46XX (disgenesia gonadal pura) y mosaicismo en el otro 25%. Si se detecta la presencia de un cromosoma Y, hay que extirpar la gónada por riesgo de malignización.

Si los títulos de gonadotropinas son normales o bajos, lo primero que se debe sospechar es un retraso constitucional del desarrollo. Pero si existe sintomatología neurológica o si la menstruación no aparece a partir de los 16 años, se debe descartar la existencia de patología orgánica a nivel hipotálamo-hipófisis.

### 6.2.2 Diagnóstico de Amenorrea Secundaria

Se debe descartar la existencia de un embarazo. En la anamnesis se investigará la existencia de otras enfermedades endocrinológicas o sistémicas, el aumento o disminución de peso, las situaciones de estrés y la posibilidad de relaciones sexuales. En la exploración se hará hincapié en la detección de galactorrea y los signos de hiperandrogenismo: vello en localización masculina, acné.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	<b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	HONADOMANI San Bartolomé	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
<b>I.</b>	<b>GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA</b>			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

Se solicitará una analítica general completa y determinaciones hormonales de PRL, TSH, FSH, LH y si existen signos de virilización, testosterona total y libre (T), dehidroepiandrosterona (DHEA) y 17-OH-progesterona para descartar su origen suprarrenal.

Si existe una *hiperprolactinemia*, hay que descartar una elevación iatrógena por medicación o por un aumento de la TSH. Si el valor es muy elevado, se solicitará una RNM para diferenciar entre su origen funcional o por un adenoma hipofisario. El tratamiento es farmacológico, incluso en la existencia de tumor.

Ante un valor elevado de TSH hay que recordar que el *hipotiroidismo primario* se asocia a amenorrea e hiperprolactinemia. El tratamiento será con levotiroxina.

Si las gonadotropinas están elevadas y a la vez existe un hipoestrogenismo, hay que sospechar un *fallo ovárico precoz*. El diagnóstico definitivo exige la determinación de los valores en varias ocasiones. Es aconsejable realizar un cariotipo e investigar el antecedente de tratamiento con quimioterapia o radioterapia en la infancia. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe ser hormonal sustitutivo para evitar sobretodo la osteoporosis.

Si las gonadotropinas son normales, se realizará el test de privación con gestágenos, administrando medroxiprogesterona 10mgrs al día por 5días. Si se produce sangrado por privación, se confirma la correcta producción ovárica de estrógenos y la normalidad de respuesta endometrial. El diagnóstico es el de *anovulación*. La causa más frecuente de anovulación crónica en adolescentes es el síndrome de ovario poliquístico (SOP) que se asocia a hiperandrogenismo clínico o analítico. El tratamiento se hará con administración de progesterona en la segunda mitad del ciclo, para provocar la descamación periódica del endometrio, o con un compuesto combinado hormonal estrógeno-progestágeno de efecto antiandrogénico (anticonceptivo con ciproterona, drospirenona o clormandinona).

Si no se produce sangrado por privación, puede ser porque no existe una producción suficiente de estrógenos o porque el endometrio está destruido. Se administrará un ciclo de estrógeno + progestágeno (estrógenos conjugados 1,25mgr/día/21días + medroxiprogesterona 10mgrs/día/días 11-21). Si no se produce sangrado tras dos ciclos de estimulación, se sospecha *patología endometrial*, procediendo con histeroscopia bajo consentimiento de los padres y con las consideraciones del caso, dado el abordaje vaginal.

Si se produce sangrado indica que la causa de la amenorrea es la falta de estrógenos por falta de estímulo, esto es, una *amenorrea central*. La causa más frecuente de amenorrea central en adolescentes es la asociada a trastornos de la conducta alimentaria, el ejercicio físico intenso o de competición y el estrés psicológico. El diagnóstico es de exclusión y el tratamiento irá orientado a corregir la causa (psicoterapia, aumento de peso), debiendo mientras tanto suplir la falta de hormonas con tratamientos hormonales de sustitución si la amenorrea se prolonga en el tiempo para impedir la repercusión sobre la densidad mineral ósea.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	------------------------------------

	<b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b> <small>HONORABLE MANDATO</small> <small>SAN BARTOLOME</small>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA</b> <b>ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA</b>			<b>SERVICIO DE MADRE.ADOLESCENTE</b>

### 6.3 EXAMENES AUXILIARES

**6.3.1 Iniciales: B-HCG y/o Ecografia transvaginal, transabdominal, transrectal**

**6.3.2 Básicos: FSH, LH, TSH, T4 libre, Prolactina, Estradiol.**

**6.3.3 Complementarios:**

- ◆ **Testosterona, DHE, 17-OH-Progesterona, Cariotipo, histerosalpingografía.**
- ◆ **Resonancia Magnetica: está indicada en todas las mujeres sin una explicacion clara del hipogonadismo hipogonadotrofico, como perdida de peso, ejercicio o estrés, y en todas las mujeres que tienen hallazgos de laboratorio normales y sintomas como defectos en el campo visual, dolores de cabeza u otros signos de disfuncion hipotalamo-hipofisiaria.**
- ◆ **Test de sobrecarga con progesterona: Evalua el nivel de estrogenos e integridad del tracto genital inferior. Administrar acetato de medroxiprogesterona 5 mg c/12 horas vo por 5 dias.**
- ◆ **Test de estrogenos y progestagenos: Administrar valerato de estradiol 2 mg c/24horas por 21 dias, agregar acetato de medroxiprogesterona 5 mg cada 12 horas via oral los ultimos 5 dias. Si se presenta sangrado uterino, hay integridad del tracto genital inferior y el problema fue deficiencia de estrogenos: puede corresponder a un cuadro de disgenesia gonadal si el FSH es alto o alteracion hipotalamo-hipofisiario si es bajo. Si no se produce menstruacion puede corresponder a un cuadro genital anatomico.**

### 6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 1-4, 12-15

#### 6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Será dependiente de la etiología.

#### 6.4.2 TERAPEUTICA

Tratamiento en función de la etiología.

#### 6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Derivados del manejo etiológico.

#### 6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Según la etiología del caso.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANE SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

#### 6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

Paciente con Diagnostico Etiológico y restauracion de los periodos menstruales de ser posible.

#### 6.4.6 PRONOSTICO

Dependiente de la etiología.

#### 6.5 COMPLICACIONES

Derivados de la etiología y de su manejo.

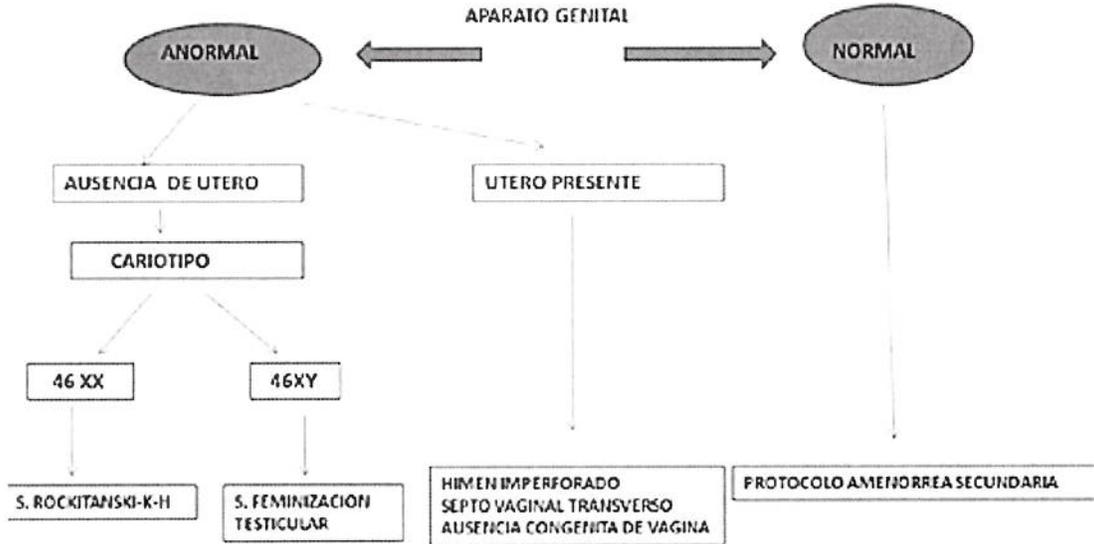
#### 6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No Aplica.

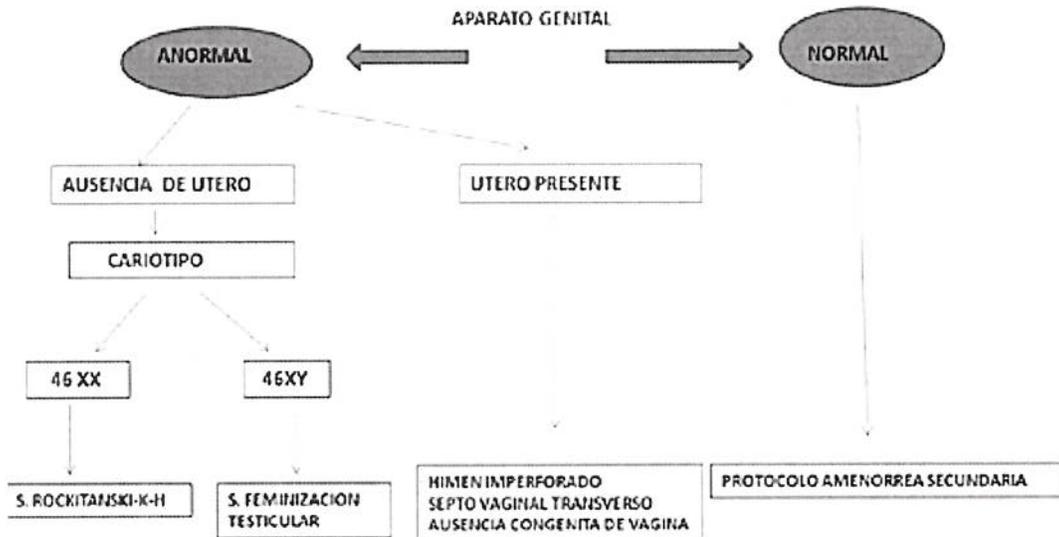
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

### 6.7 FLUXOGRAMA

#### AMENORREA PRIMARIA CON DESARROLLO DE CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

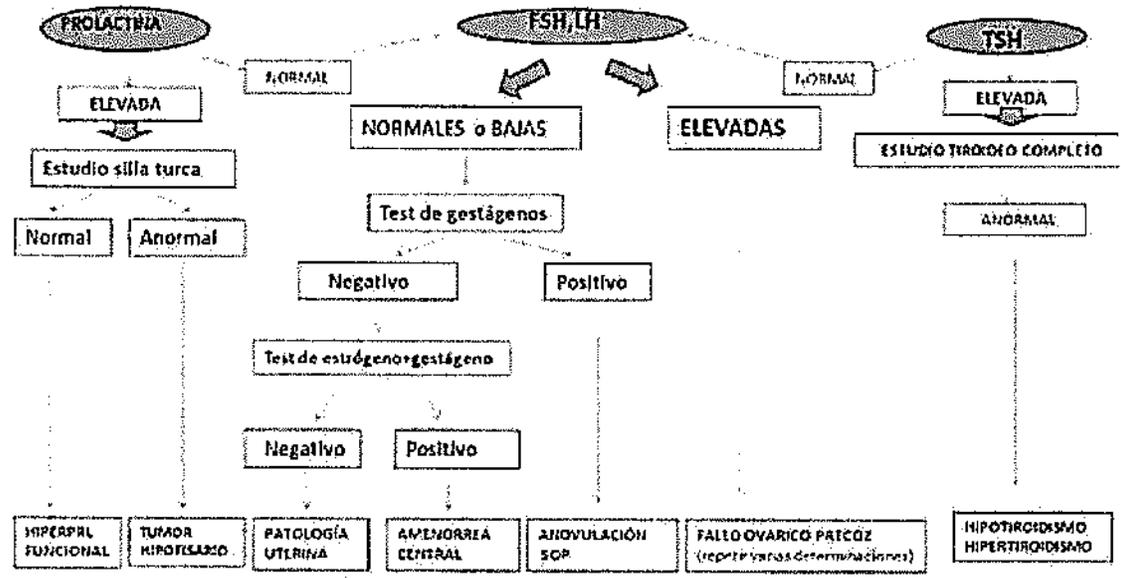


#### AMENORREA PRIMARIA CON DESARROLLO DE CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS



**AMENORREA SECUNDARIA**

Historia clínica, exploración física, analítica y test de gestación negativo



	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>HONADOMANI San Bartolomé</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b> 
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENORREA</b>					<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>

## VII ANEXOS

### VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos del servicio de Ginecología. RD 054 – 2020 – DG – INMP/MINSA.*
2. *Gómez MT, Fuentes AM, González de Merlo G. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por defecto. Amenorrea primaria y secundaria exceso En: Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Madrid Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013. p 71-80.*
3. *Tur R, Fontes J, Salvador C, Manzanares MA, Herrero J, Grana M et al. Consenso de Granada del Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) para el diagnóstico de las amenorreas. Rev Iberoam Fert Rep Hum. 2011;28(1):35-43.*
4. *de Santics V, Fiscina B: Amenorrea primaria y secundaria en adolescentes. Evaluación clínica y diagnós- tica diferencial. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.) Medicina de la adolescencia. Atención integral. 2a edición. Ed Ergón 2012 p 513-520.*
5. *Speroff L. Amenorrea. En: Speroff L., Fritz M.A.: Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad. 7o Ed. Philadelphia. Lippincott, Williamns & Wilkins 2006. pp. 401-63.*
6. *Herrero Gámiz S., Kazlauskas S., Bajo Arenas JM: Alteraciones menstruales por defecto. Amenorreas. En: Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM: Fundamentos de Ginecología. Madrid Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2009 p 51-63.*
7. *G. Castillo Córdova, M. García Manero y C. Ceamanos Montañés. Protocolo diagnostico de la amenorrea. Medicine 2002; 8(81):4357-4365.*

<b>ELABORADO POR:</b> SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	<b>REVISADO POR:</b> DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	<b>VIGENCIA</b> ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---

	<b>PERU</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECÓ OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>	
<b>I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA</b>				<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	

### I. FINALIDAD

Realizar un diagnóstico temprano y detección para proporcionar una mejor calidad de vida en la mujer y una disminución en el ausentismo escolar y laboral.

### II. OBJETIVO

- Identificar de forma oportuna los síntomas relacionados con Dismenorrea
- Identificar los factores de riesgo para Dismenorrea
- Brindar tratamiento médico de primera línea en Dismenorrea
- De persistir sintomatología: informar a los pacientes y tratar los factores de riesgo modificables
- Realizar estudios complementarios para un diagnóstico definitivo
- Brindar tratamiento específico en cada patología

### III. ÁMBITO DE LA APLICACIÓN

Pacientes que lleguen a consulta externa de ginecología y/o por emergencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

### IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA

Dismenorrea CIE 10: n94.6

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1 DEFINICIÓN

Es el dolor durante la menstruación de tipo cólico en la porción inferior del abdomen presente durante al menos 3 ciclos menstruales; cuya evolución clínica varía entre 4 horas a 4 días. Se clasifica en dismenorrea primaria y secundaria

Dismenorrea primaria: Dolor menstrual sin patología pélvica con un inicio en los primeros 6 meses después de la menarquía.

Dismenorrea secundaria: Dolor menstrual asociado a una patología subyacente y su inicio puede ser años luego de la menarquía.

#### 5.2 ETIOLOGÍA

La etiología de la dismenorrea primaria es aún desconocida; sin embargo, en la dismenorrea secundaria hay que detectar la patología de fondo.

#### 5.3 FISIOPATOLOGÍA

##### Dismenorrea primaria:

Causada por actividad miometrial, modulada por la síntesis de prostaglandinas, ocasionando isquemia uterina la cual desencadena el dolor.

Las evidencias muestran que los niveles de prostaglandinas f2 alfa aumentan durante el ciclo menstrual, encontrando una correlación directamente proporcional entre los niveles de prostaglandinas y la intensidad del dolor.

Se ha evidenciado que otro factor que contribuye a la dismenorrea es la sobreproducción de a vasopresina, hormona que estimula la contracción muscular.

La producción de las prostaglandinas está mediada por ciclooxigenasa COX -1 y a COX-2, requerida ésta última en procesos reproductivos incluyendo implantación y decidualización.

<b>ELABORADO POR:</b> SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	<b>REVISADO POR:</b> DEPARTAMENTO DE GINECÓ OBSTETRICIA	<b>VIGENCIA</b> ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	--

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

#### 5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La dismenorrea es uno de los padecimientos ginecológicos más comunes. La prevalencia más alta de esta patología se encuentra en la adolescencia y entre los 20 y los 25 años de edad, y es menos frecuente después de los 30 años.

Esta patología presenta un alto impacto en la calidad de vida las mujeres jóvenes. La prevalencia de dismenorrea primaria en adolescentes (10 a 19 años de edad) varía entre el 51.3% y el 85%.

La dismenorrea genera un importante impacto negativo en el desempeño cotidiano de las mujeres; reportes en Estados Unidos señalan que se pierden alrededor de 600 millones de horas laborales y 2000 millones de dólares como consecuencia de la dismenorrea primaria. La severidad de esta patología es variable llegando a ser discapacitante; generando problemas de ausentismo, disminución del rendimiento académico, alteraciones en el estado de ánimo y afectación de las relaciones interpersonales.

#### 5.5 FACTORES DE RIESGO

Se han identificado los siguientes factores contribuyentes:

- Pasaje del tejido menstrual a través del cuello uterino.
- Altos niveles de prostaglandinas F2 afa en el flujo menstrual.
- Orificio cervical estrecho.
- Posición uterina anómala.
- Falta de ejercicio.
- Ansiedad por la menstruación.

#### DISMENORREA PRIMARIA:

Factores de riesgo para los síntomas graves:

- Edad temprana de la menarquia.
- Periodos menstruales largos e intensos.
- Tabaquismo.
- Antecedentes familiares de dismenorrea.

#### DISMENORREA SECUNDARIA:

- Endometriosis.
- Adenomiosis secundaria.
- Miomas.
- Malformaciones congénitas.
- Tumores anexiales.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Congestión pelviana.
- Adherencias intrauterinas.
- Dolor psicógeno.
- Dispositivos intrauterinos.
- Antecedentes de cirugía cervical (conización o CONO LEEP)

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	<b>PERU</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>HONORARIATOS</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DÉPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>	
<b>I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA</b>					<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 CUADRO CLÍNICO

La historia clínica es fundamental para el abordaje del dolor pélvico.

El dolor de la dismenorrea ya sea primaria o secundaria, es referido como dolor tipo cólico en región suprapúbica, el cual puede irradiarse a región lumbosacra o anterior del muslo, y con una duración de 4 horas a 4 días. El dolor es más intenso en el primer día del ciclo menstrual, puede acompañarse de náusea, vómitos, diarrea en un gran porcentaje de los casos. En las formas más severas el dolor puede presentarse como un episodio abdominal agudo e intenso que puede imitar a un abdomen agudo (dismenorrea incapacitante).

### 6.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de la dismenorrea debe hacerse con una historia clínica y un interrogatorio amplio que incluya:

- Edad de la menarquía
- Características de los ciclos menstruales
- Edad en que inició la dismenorrea
- Características del dolor (sitio, tipo de dolor, irradiación, intensidad, duración, síntomas que lo acompañan, y factores que lo exacerben o disminuyan)
- En pacientes con vida sexual activa:
  - Edad de inicio de la misma
  - Número de compañeros sexuales
  - Enfermedades de transmisión sexual
  - Abuso sexual
  - Dispareunia
  - Método anticonceptivo empleado
- Exploración física
  - Adolescentes sin vida sexual, con cuadro característico de dismenorrea primaria el examen pélvico no es necesario, pero se sugiere la revisión de genitales externos, buscando algún dato de patología obstructiva (himen imperforado); pudiendo realizar una exploración recto abdominal para buscar hipersensibilidad y tumoración anexial.
  - En pacientes con vida sexual activa se debe realizar una exploración pélvica bimanual, y con espejo para descartar alguna patología agregada.

La dismenorrea secundaria se presenta en mujeres de mayor edad, se asocia con anomalías pélvicas incluyendo:

- Dolor pélvico crónico
- Dispareunia
- Metrorragias
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Adeniosis
- Quistes ováricos
- Pólipos endometriales
- Síndrome adherencial
- Anticoncepción con DIU

<b>ELABORADO POR:</b> SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	<b>REVISADO POR:</b> DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	<b>VIGENCIA</b> ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	--

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

### 6.3 EXÁMENES AUXILIARES

No hay estudios de laboratorio específicos para el diagnóstico de dismenorrea primaria. Se deben realizar pruebas para descartar infección pélvica particularmente chlamydia y gonorrea ante la sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria.

Ecografía (que no tiene tanta relevancia como el examen físico) en los siguientes casos:

- Paciente con dismenorrea sin respuesta al tratamiento previo
- Paciente con sospecha de patología agregada por hallazgo clínico
- Adolescentes en quienes el examen pélvico es imposible o no satisfactorio
- Si ya inicio vida sexual la ecografía debe ser transvaginal

Resonancia magnética nuclear:

- Sospecha de malformación genital obstructiva
- Detección de focos endometriósicos grandes
- Diagnóstico de tumores pélvicos palpables
- Sintomatología sugerente de enfermedad recto vaginal

Laparoscopia: "Gold estándar en el diagnóstico de dolor pélvico crónico"

- Posibilidad de síndrome adherencial leve
- Enfermedad pélvica inflamatoria o endometriosis que afecten potencialmente la fertilidad

### 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Dentro del manejo de la dismenorrea se encuentran:

- Analgésicos
- AINEs
- ACO
- Otros análogos de la hormona liberadora de Gonadotropinas, danazol

Dentro de los efectos adversos del tratamiento médico son los que se producen por los diferentes fármacos empleados:

- AINEs: úlceras o antecedentes de sangrado estomacal o intestinal; dolor de estómago, malestar estomacal o acidez estomacal que perdura o regresa; anemia; problemas de sangrado; presión arterial alta; enfermedad renal, hepática o cardíaca.
- ACOs: Sangrado leve o manchado intermenstrual; sensibilidad en las mamas; presión arterial elevada; dolores de cabeza; náuseas; hinchazón.

Tratamiento no farmacológico:

- Vitamina B1
- Vitamina E
- Vitamina B12
- Magnesio
- Vitamina B6
- Aceite de pescado
- Aceites con omegas
- Ejercicio

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	<b>PERÚ</b> Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

Tratamiento quirúrgico: Para un pequeño número de mujeres la dismenorrea puede persistir pese al tratamiento médico, y en este grupo se debe considerar la opción quirúrgica.

- Laparoscopia: endometriosis
- Neurectomía presacra: Involucra la resección total de los nervios presacros, situados dentro del triángulo interiliaco, es el método de denervación pélvica que se ha asociado con mayor efectividad en el control del dolor. Se asocia a mayor cantidad de complicaciones por su complejidad (lesión a grandes vasos, disfunción vesical y prolapso uterino).
- Histerectomía: El dolor pélvico debe ser cuidadosamente investigado antes de considerar una histerectomía; cuando la sintomatología es severa, no ha habido respuesta a tratamientos previos y la paciente tiene paridad satisfecha y como última opción terapéutica.

#### 6.5 COMPLICACIONES

No presenta mayores complicaciones

#### 6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

##### Criterio de referencia:

Como Hospital de 3er nivel tenemos un poder resolutivo adecuado para este tipo de patología.

##### Criterio de contrareferencia:

Paciente deberá ser enviada a su Centro de Salud para continuar con sus chequeos ginecológicos cuando el cuadro clínico ya no interfiera con su vida normal

Por la naturaleza misma de la dismenorrea no cuenta con signos de alarma en la mayoría de los casos; salvo en casos extremos y dependiendo de la etiología (endometriosis).

No cuenta criterios de alta porque es una patología que depende del estilo de vida; control continuo y tratamiento específico en caso de presentar síntomas.

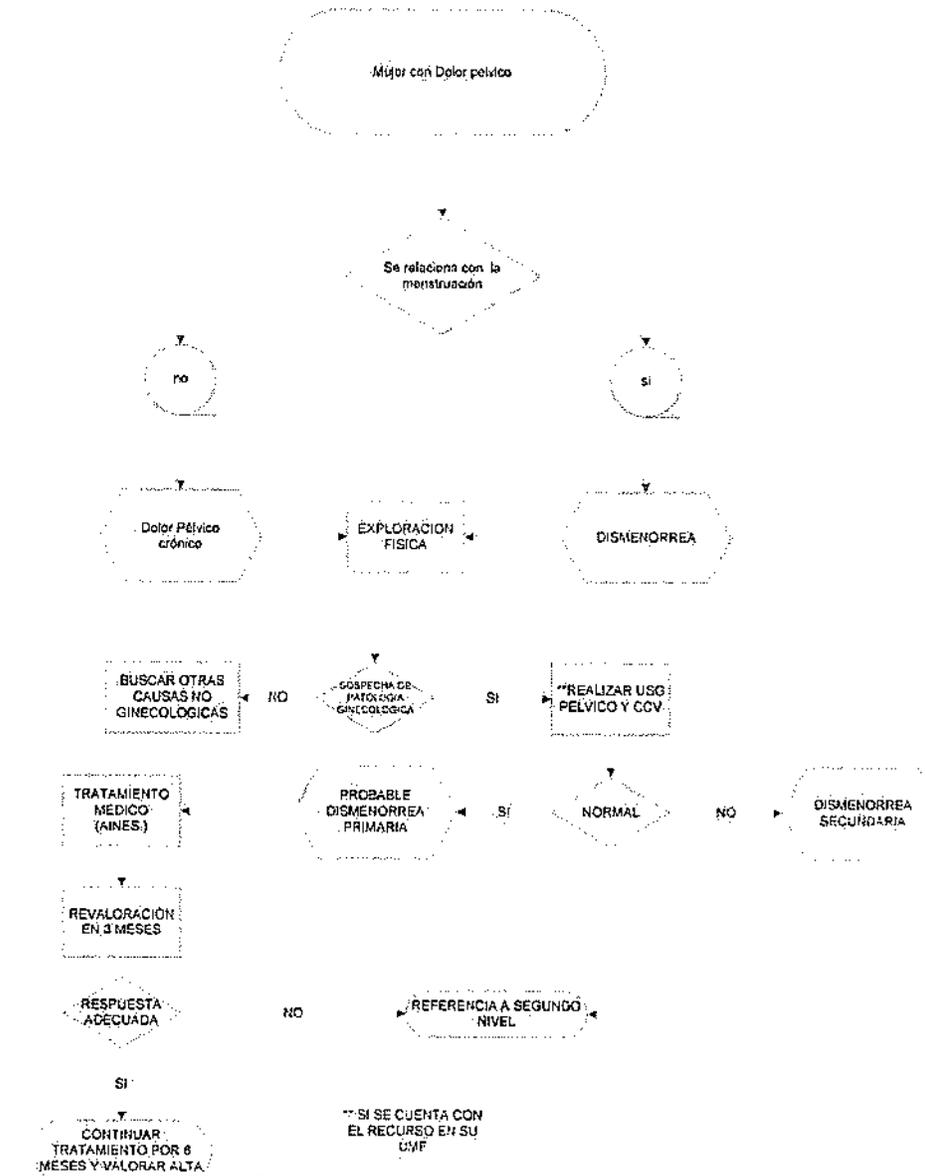
En cuanto al pronóstico suele ser favorable; dependiendo de la etiología.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

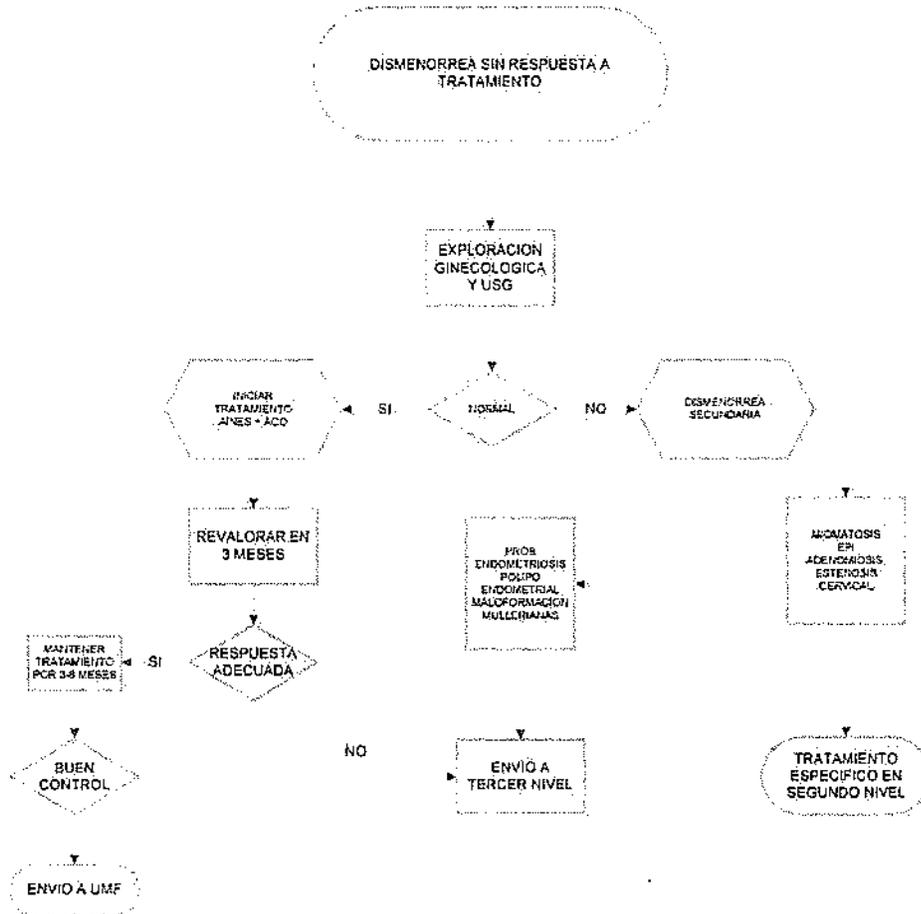
**VII. ANEXOS**

**FLUXOGRAMA 1**

**Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en Primer Nivel de Atención**

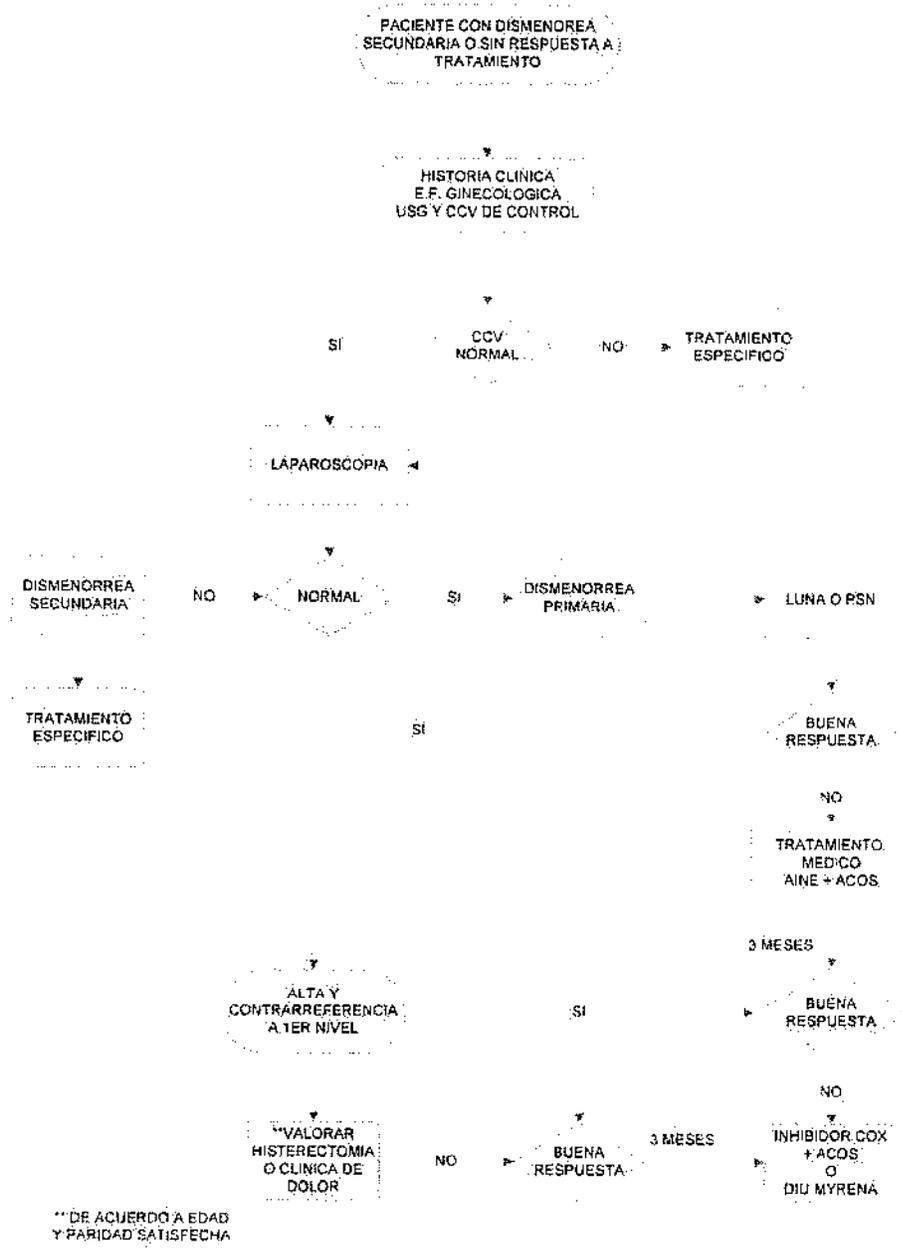


**FLUXOGRAMA 2**  
 Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en Segundo Nivel de Atención

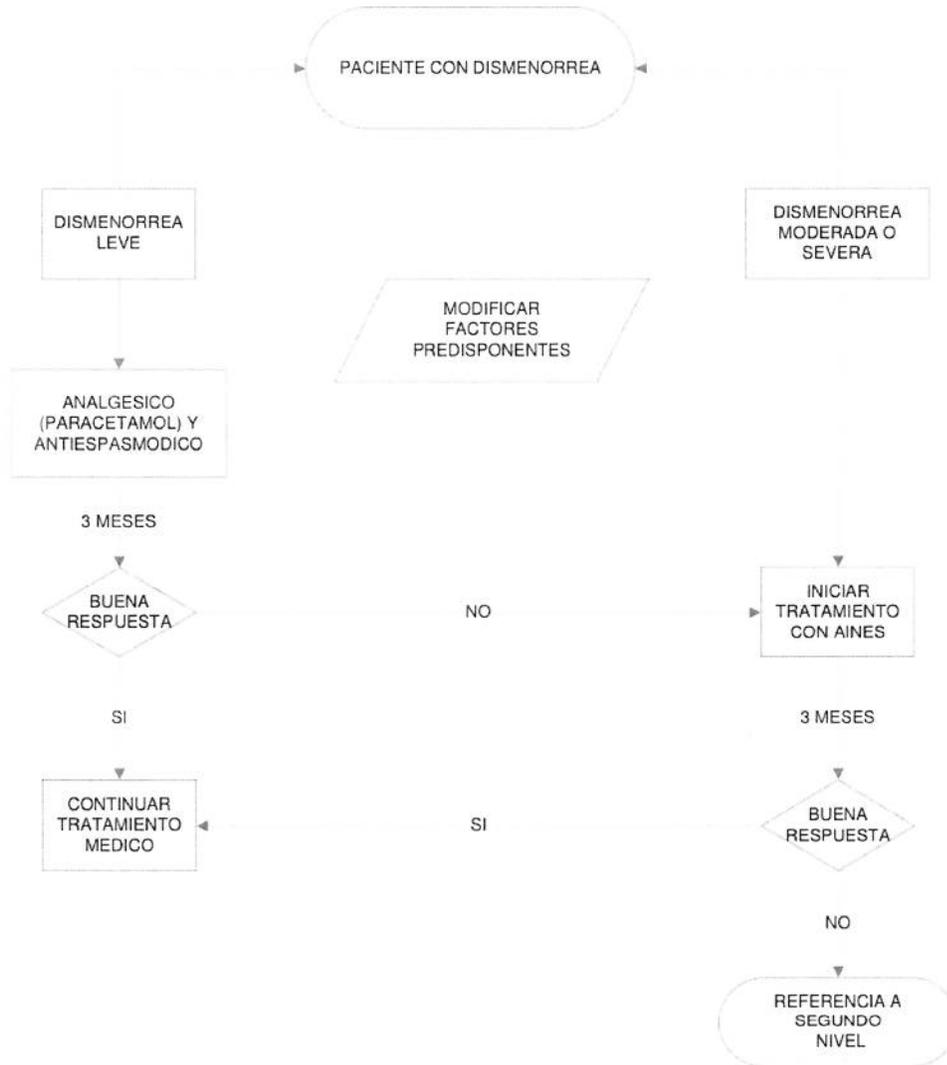


### FLUXOGRAMA 3

#### Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Tercer Nivel de Atención

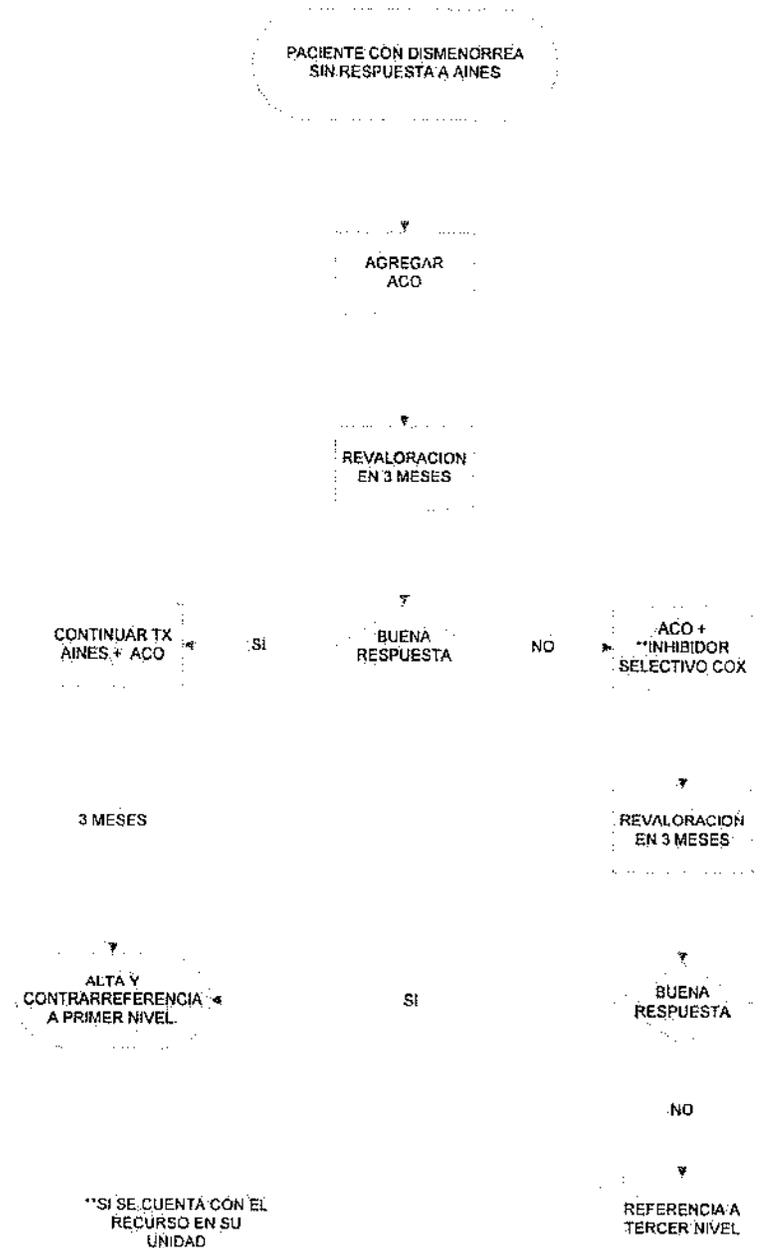


**FLUXOGRAMA 4**  
**Tratamiento de Dismenorrea en el Primer Nivel de Atención**



	<b>PERU</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"</b>	<b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG</b>
<b>I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA</b>			<b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>

**FLUXOGRAMA 5**  
**Tratamiento de Dismenorrea en el Segundo Nivel de Atención**



<b>ELABORADO POR:</b> <b>SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE</b>	<b>REVISADO POR:</b> <b>DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA</b>	<b>VIGENCIA</b> <b>ENERO 2022- ENERO 2025</b>
---	---	--

### FLUXOGRAMA 6

#### Tratamiento de Dismenorrea en el Tercer Nivel de Atención



ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERU Ministerio de Salud	NO VADOS SAN 15 33 71010	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anne Rachel Davis, Carolyn Westhoff, Katharine O'Connell, Nancy Gallagher. Oral Contraceptives for Dysmenorrhea in Adolescent Girls. A Randomized Trial. *Obstetrics & Gynecology*. Vol 106, no.1, July 2005:97- 104
2. Bettendorf Brittany,BS, Sophi Shay, BS, and Frank Tu, MD. Dysmenorrhea: Contemporary Perspective. CME Review Article. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2008 Vol 63 no. 9 : 597-603
3. Briggs.w Morrison, et al. rofecoxib, a specific cyclooxygenase-2-inhibitor, in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *J Obstetrics and Gynecology* . 1999: vol. 94 no 4 :505-508
4. Carolyn Ee. Primary dysmenorrhoea. Evidence for complementary medicine. *Clinical Practice. Complementary medicine series.Australian Family Physician* November 2006;Vol.35:11869 . e-mail: [afp@racgp.org.au](mailto:afp@racgp.org.au)
5. Fall M, Baranowski, Elnel, Engeler, Hughes.J, Messelink E.J, et al, Guidelines on Crhonic Pelvic Pain. *European Association of Urology, (eau)*. 2008, March: 1-90
6. Gelbaya,T.A, MB Bch, MRCOG and H. EL-Halwagy, MB Bch – Msc. Focus on primary care: Chronic pelvic pain in women . *Obstetrical and Gynecological Survey* 2001; Vol.56; Number 12: 757-764
7. Granot M, Yarnitsky D, Itskovitz J, Granovsky, Peer E, Zimmer Z. Pain Pereption in Women with Dysmenorrhea. *Obsterics and Gynecology*, September 2001;Vol.98,Num.3, :407-411.
8. Guías de Practica Clínica 2008, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) Estudio del Climaterio y la Menopausia.
9. Guideline The initial management of chronic pelvic pain. 2005. National Guideline Clearinghouse
10. Guideline Pelvic pain in Gynaecological practice. In: Guideline on chronic pelvic pain. 2008. National Guideline Clearinghouse (NGC)
11. Jhon F, Jarrel, George Vilos . Consensus Guidelines for Management of of Chronic pelvic pain. *SOGC Clinical Practice Guidelines*. Bo.164, Part one for two, August 2005:781-801.
12. Jhon F, Jarrel, Calgary,, Vilos George. Consensus Guidelines for Management of of Chronic pelvic pain. *SOGC Clinical Practice Guidelines*. Bo.164, Part two of two, September 2005:869-888.
13. Kiley Jessica, Hammond Cassing. Combined oral contraceptives: A comprehensive Review. *Clinical Obsterics and Gynecology*. 2007 Vol.50, Number 4: 868-877
14. Laparoscopic uterine nerve ablation (LUNA) for chronic pelvic pain. National institute for health and clinical excellence NHS october 2007. ([www.nice.org.uk/IPG171](http://www.nice.org.uk/IPG171)).
15. Marjorbanks J,Proctor ML, Farquhar C.Farmacos antiinflamatorios no esteroides para la dismenorrea primaria. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Chichester, UK, Jhon Wiley and Sons, LTd.Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
16. Marjorbanks J, Proctos ML, Farquar C.Farmacos antiinflamatorios no esteroideos para la dismenorrea primaria. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Issue 2. Disponible en: <http://www.update-software.com>
17. Pallavi Lather, Luciano Mignini, Richard Gray, Robert Hills,Khalid Khan.Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review.

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANI SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA				SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	

MJ.,doi:10.1136/bmj.38748.697465.55 February 16 2006):1-7

18. Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 wer J, French R, Cowan F. Anticonceptivos issue 2. Chichester, UK: John Wiley & So Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. Society Obstetric and Gynecol Canadian (SOGC), 2005, December Num.169: 1117-1130.
19. Proctor ML, Smith CA, Farquar CM, Stones RW. Neuroestimulación eléctrica transcutánea y acupuntura para la dismenorrea primaria/ En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
20. Proctor Michelle, Cynthia Farquhar. Diagnosis and management of Dysmenorrhoea. BMJ 13 Mayo 2006; Volumen 332, 1134-1138
21. Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Intervenciones conductuales para la dismenorrea primaria y secundaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Proctor ML, Murphy PA. Terapias dietéticas y a base de hierbas para la dismenorrea primaria y secundaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Proctor ML, Murphy Robert H, Farquhar CM. Anticonceptivos orales combinados (ACO) para el tratamiento de dismenorrea primaria y secundaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA. Manipulación espinal para la dismenorrea primaria y secundaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
25. Quiricia Ma. Ines, De dios Liliana, Baldajan Federico, Gómez Fernanda, Triaca, Lapizaga Patricia, Scasso Santiago, Pérez Viviana, Coppola Francisco. Tratamiento de la Dismenorrea. Análisis de Guías Clínicas. Guía Colombiana. Facultad de Medicina UDELAR. [www.gfmer.ch/Guidelines](http://www.gfmer.ch/Guidelines) y [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).
26. Sanfilippo, Joseph, MD, MBA and TERESA Erb, MD. Evaluation and Management in adolescents. Clinical Obstetrics and Gynecology; 2008 Vol. 51, number 2: 257-267.
27. Yap C, Furness S, Farquhar C. Tratamiento médico pre y postoperatorio para la cirugía de endometriosis. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ELABORADO POR: SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERU Ministerio de Salud	HONORARIOS EXTRAORDINARIOS	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA			SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE

28. Yusoff M Dawood, MD, Primary Dysmenorrhea. Obstetrics and Gynecology. August 2006; Vol.108, (No. 2),:428-441
29. Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Smith CA, Wu E. Hierbas Medicinales chinas para la dismenorrea primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
30. Guía de Práctica Clínica GPC "Diagnóstico clínico y tratamiento de dismenorrea en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones". Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de prestaciones Médicas. 2010.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE MADRE ADOLESCENTE	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025