

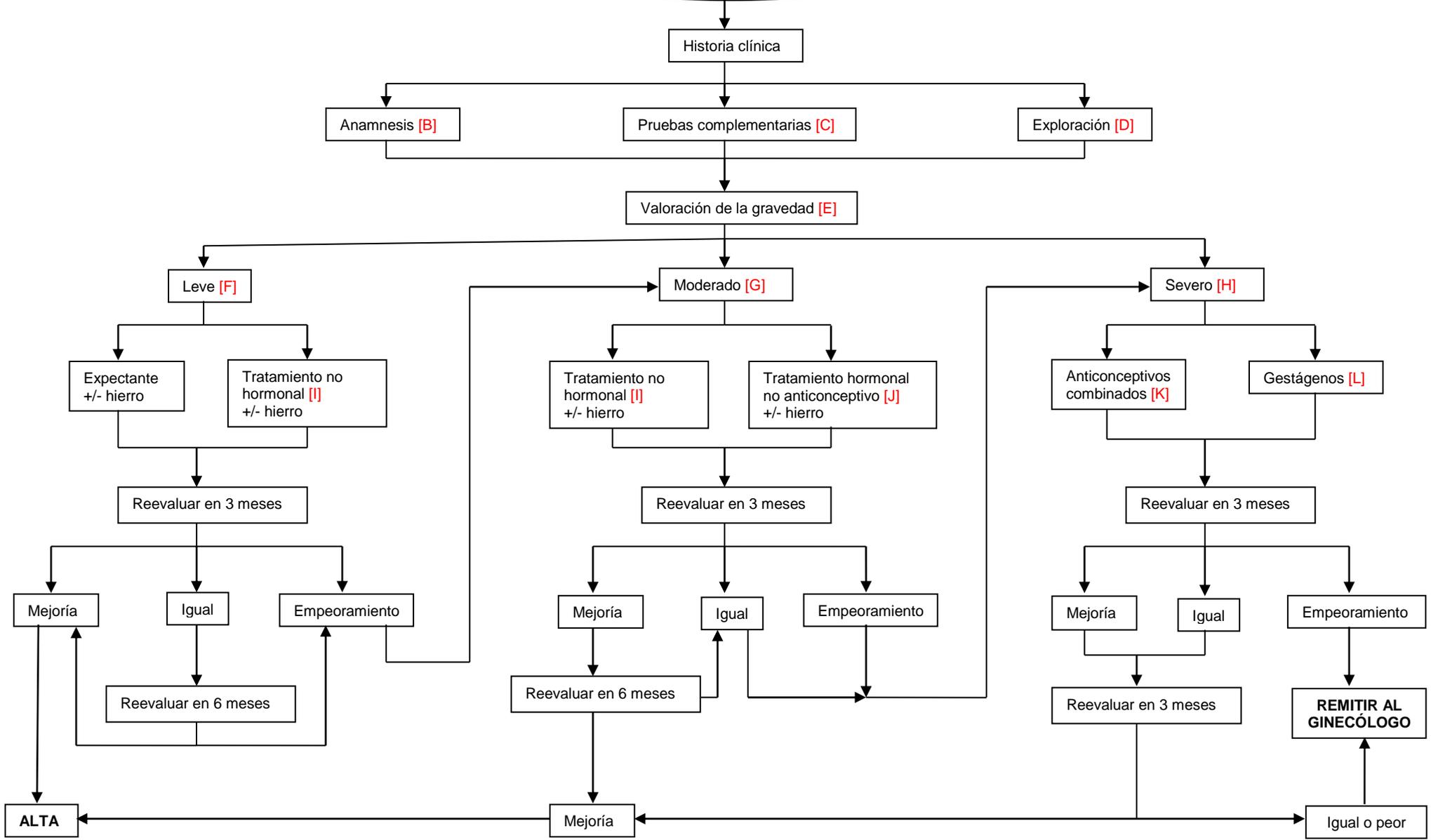
Algoritmo: Sangrado menstrual abundante en adolescencia

Autor: María José Rodríguez Jiménez

Centro de trabajo: Hospital Universitario Infanta Sofía .San Sebastian de los Reyes. Madrid

Cómo citar este artículo: Rodríguez Jiménez MJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Sangrado menstrual abundante en adolescencia. AEPap. 2017 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE EN LA ADOLESCENCIA [A]



A SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE EN ADOLESCENCIA

Se define al sangrado menstrual excesivo en la adolescencia (SMA) como menstruación:

- Frecuente (periodos de menos de 20 días)
- Prolongada (más de 8 días de regla)
- Fuerte (pérdida mensual menstrual superior a 80 ml o bien más de 6 apósitos saturados al día)
- O asociaciones de las anteriores

En un 80% los sangrados menstruales abundantes en las adolescentes son funcionales y su principal causa es la anovulación secundaria a la inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico. Entre un 10 y un 20% de los SMA tienen una causa orgánica y la mayoría son secundarios a alteraciones de la hemostasia

B ANAMNESIS¹

En la mayoría de casos es suficiente para hacer el diagnóstico y siempre orienta sobre la conveniencia de solicitar las exploraciones complementarias.

La edad de la menarquia nos puede dar información sobre la posibilidad de ciclos anovulatorios, ya que éstos son más frecuentes cuanto más tarde apareció la primera menstruación. Se recomienda a las adolescentes que anoten en un calendario menstrual los datos de sus menstruaciones. Si la paciente refiere historia de sangrado menstrual excesivo en las primeras menstruaciones puede ser un indicador de un trastorno de coagulación. En la anamnesis de la historia familiar deberemos realizar hincapié sobre la existencia en familiares de primer grado de alteraciones menstruales,

C PRUEBAS COMPLEMENTARIAS²

Hemograma completo (incluyendo plaquetas). Permite valorar el grado de repercusión hemodinámica y la conducta terapéutica a seguir, en función de los niveles de hemoglobina

Test de gestación si hay posibilidad de gestación.

Estudio coagulación.: en el 11% de los SMA existen alteraciones de la hemostasia. El

trastorno hemorrágico más frecuente en la adolescencia es la púrpura trombocitopénica, aunque el SMA también puede ser la primera manifestación de la enfermedad de Von Willebrand.

La ecografía vaginal o transabdominal está indicada para evaluar la cavidad uterina cuando no hay respuesta al tratamiento. Será realizada por el ginecólogo

D EXPLORACIÓN FÍSICA²

Es indispensable realizar una cuidadosa exploración clínica general, siempre focalizando en los signos vitales y sobretodo los signos de anemia. Si la adolescente no ha tenido relaciones sexuales, no es necesario realizar exploración vaginal pero hay que explorar genitales externos para descartar sangrado por traumatismo o cuerpo extraño

E VALORACION DE LA GRAVEDAD³

Para valorar el estado general de la paciente podemos observar si presenta decaimiento o astenia además de los síntomas referidos (frecuencia y duración de regla) pero es imprescindible la valoración del hemograma y pruebas de coagulación, encontrando desde normalidad analítica hasta una anemia severa casi en los límites de la transfusión. La valoración también sirve para diferenciar los casos que precisan tratamiento farmacológico de los que basta con una actitud expectante en espera de la madurez del eje hipotálamo-gonadal y la normalización espontánea de los ciclos

F LEVE

Se define como una menstruación de mayor duración o intensidad o acortamiento del ciclo, con cifras de Hb > 12 g/dL. En estos casos basta con mantener a la adolescente bajo observación y tranquilizar a los padres y a la propia adolescente explicándoles la razón de la alteración. Se puede añadir un suplemento de hierro los días de sangrado para mantener niveles adecuados. Si la paciente refiere dismenorrea puede asociarse un antiinflamatorio no esteroideo que contribuye a disminuir el sangrado

G MODERADO

Se define como la menstruación más o menos prolongada o el acortamiento del ciclo, con cifras de Hb 10-12 g/dL. En estos casos además del asesoramiento y suplemento de hierro, las pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento médico , hormonal o no

H SEVERO

Se define como un sangrado prolongado y abundante, con una Hb < 10 g/dL. El manejo de estos casos requiere tratamiento farmacológico hormonal, preferentemente con anticonceptivos . Este tratamiento puede prescribirlo el pediatra y valorar la respuesta o bien remitir de principio a la paciente al ginecólogo, más familiarizado con el mismo En ocasiones (sangrado activo profuso y anemia grave) puede constituir una urgencia haciendo necesario la hospitalización, reposición de la volemia, transfusión si precisa y hemostasia farmacológica.

I TRATAMIENTO MÉDICO NO HORMONAL⁴

Está indicado en el SMA en adolescentes sin patología orgánica objetivable y con sangrados que no suponen problema de salud

- Antiinflamatorio no esteroideos (AINEs): Reducen la pérdida sanguínea menstrual entre el 20 y el 35% , con una importante mejora de la dismenorrea. Puede utilizarse cualquier AINE y combinarse con antifibrinolíticos y tratamiento hormonal .
- Antifibrinolíticos: actúan interrumpiendo la finalización del coágulo en la cascada de la coagulación. Todo ello conlleva a una disminución del sangrado entre un 40-50% en las pacientes con SMA y pueden administrarse conjuntamente con tratamiento hormonal.

J TRATAMIENTO HORMONAL NO ANTICONCEPTIVO²

PROGYLUTON®. Compuesto combinado de Valerato de estradiol+Norgestrel que sin inhibir ovulación consigue regularización de los ciclos y disminución de la cantidad de sangrado. Se puede prescribir desde la menarquia y se debe mantener al menos 3 meses. La duración del tratamiento varía en función de evolución, pero puede ser indefinida

K ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS⁴

Preparados de Etinil-estradiol+ gestágeno Uno de los efectos asociados a los anticonceptivos combinados es la reducción de la cantidad de sangre menstrual por atrofia endometrial. Se ha observado una reducción del 50% en el sangrado menstrual. En adolescentes se deben utilizar preparados de 30-35 mgrs de etinilestradiol . No existen datos para recomendar un tipo de compuesto u otro en función del componente gestágeno, pero el menos trombogénico es el levonorgestrel. Son de elección cuando se quiere disminuir más la cantidad de sangrado y en adolescentes con relaciones sexuales. La duración del tratamiento varía en función de evolución, pero puede ser indefinida

L GESTÁGENOS⁴

La administración de un gestágeno cíclico en la segunda mitad del ciclo (Progevera 5 ®días 12-25 del ciclo) consigue mejorar la frecuencia y la intensidad del sangrado, reduciéndola en un 30%.. Es una buena alternativa en aquellas pacientes en las que están contraindicados los anticonceptivos combinados. Altas dosis continuas de gestágenos de manera continuada, oralmente o en depot (Depoprogevera® trimestral) pueden inducir atrofia endometrial y amenorrea. Los anticonceptivos sólo con gestágenos aunque al principio provocan un patrón de sangrado irregular, consiguen una disminución del 50% en la cuantía del mismo o incluso la amenorrea .

BIBLIOGRAFIA

- 1.American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care, Diaz A, Laufer MR, Breech LL:Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Pediatrics2006;118:2245– 2250.
- 2.Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por exceso: menstruación excesiva, frecuente o prolongada Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia.. Madrid 2013.p 63-70
- 3.Creatsas G, Deligeoroglou E. menstrual disorders ; in Sultan C (ed): Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence- Based Clinical Practice. 2nd, revised and extended edition. Endocr Dev.Basel, Karger, 2012, vol 22, pp 160–170
- 4.Sokkary N, Dietrich. Management of heavy menstrual bleeding in adolescents. 2012.J.E Curr Opin Obstet Gynecol; 24:275-280