
Atención integral del adolescente Valoración de aspectos ligados a la salud sexual y reproductiva

Matrón Miguel Rivera Espinoza
Dirección Área Salud CMVM
Diplomado en Salud desarrollo y Salud
integral del adolescente PUC

Primero un mensaje...

<https://youtu.be/yN5WcDYCyU4>



Pensar en voz alta...

¿Que cambios sexuales experimentan los adolescentes...?



DESARROLLO SOMÁTICO (en esto nos vamos a centrar)



Breve resumen de los cambios que experimenta el adolescente en su cuerpo:

Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.

Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho; en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquia.

Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).

Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.

Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso fuerza, coordinación motora.

En las **mujeres** la pubertad se inicia **uno o dos años antes** que en los **hombres**.

Los cambios fisiológicos aparecen en la **adolescencia temprana** teniendo una **gran repercusión** psicológica **tanto para el adolescente como para quienes lo rodean**. Estos cambios externos implican también cambios en el esquema corporal. El esquema corporal es la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo; en el período de la adolescencia una de las tareas importantes es la adaptación a la nueva imagen corporal que se adquiere, con la cual necesita identificarse y lograr una aceptación física de sí mismo.

Solo como dato...



I.- Factores que regulan el proceso de crecimiento y desarrollo

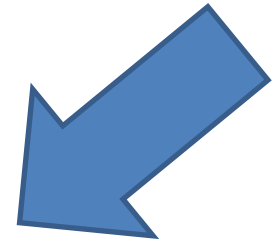
- 1) El crecimiento y desarrollo
- 2) El patrimonio hereditario
- 3) La influencia ambiental
- 4) Las hormonas en el crecimiento y Desarrollo

II.- Características y variaciones normales en el crecimiento y desarrollo

- 1) Crecimiento postnatal
 - a) Velocidad de crecimiento
 - b) Canal de crecimiento
 - c) Cambios en los segmentos corporales
 - d) La carga genética
 - e) Maduración ósea y dental

III.- Bases hormonales de la pubertad

- 1) La Adrenarquia
- 2) La Gonadarquia
- 3) Evaluación clínica del desarrollo puberal
 - a) Grado de Tanner desarrollo mamario
 - b) Grado de Tanner desarrollo vello púbico en ambos sexos
 - c) Grado de Tanner desarrollo genital varón

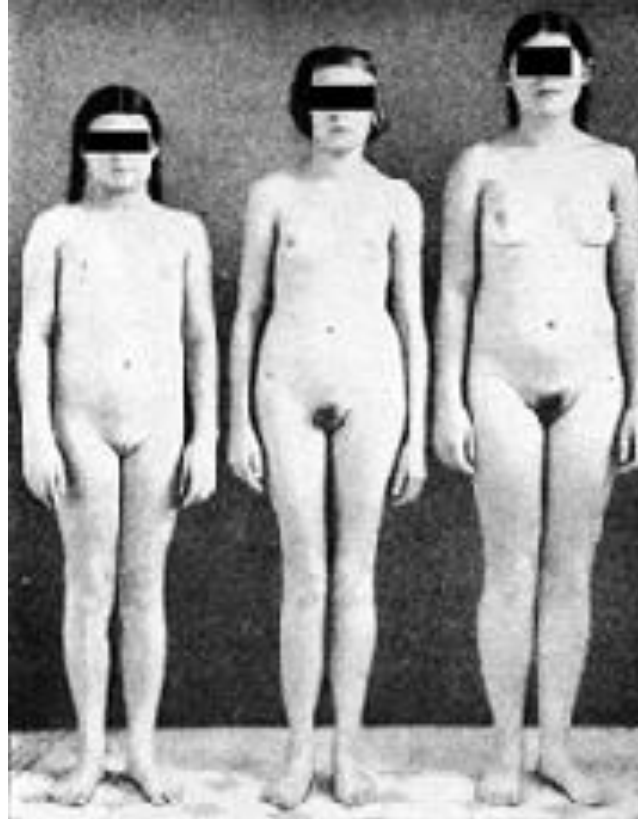


IV.- Inicio y secuencia de los eventos puberales

- 1) Secuencia en sexo femenino
- 2) Secuencia en sexo masculino

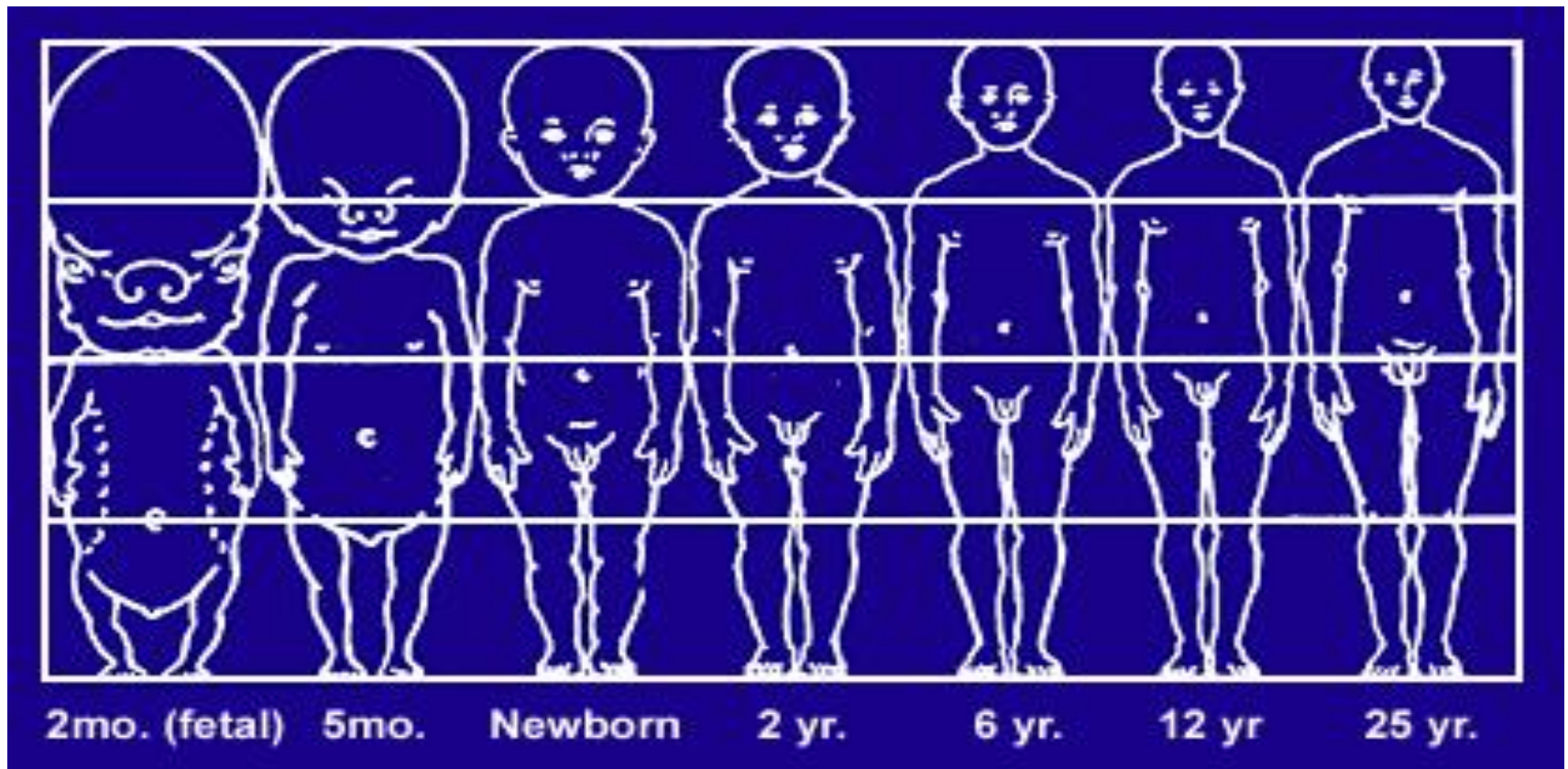


Factores hereditarios



Adolescentes normales de 13 años con diferentes velocidades de maduración

Cambios en los segmentos corporales, proporciones



III.- BASES HORMONALES DE LA PUBERTAD

Los cambios puberales obedecen fundamentalmente a la maduración del eje hipotálamo hipófisisadrenal o adrenarquia y a la reactivación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal o gonadarquia.

1.- LA ADRENARQUIA

La adrenarquia ocurre alrededor de los seis a ocho años de edad y precede a la gonadarquia en aproximadamente dos años. Se caracteriza histológicamente por un aumento en el grosor de la zona reticular de la corteza suprarrenal y bioquímicamente por el aumento de las vías enzimáticas que llevan a la formación de andrógenos. Clínicamente se manifiesta por un cambio en el olor del sudor corporal, que adquiere las características propias del adulto, y menos habitualmente por la aparición de vello púbico y axilar. El mecanismo de producción de la adrenarquia no se conoce, aparentemente intervendría una hormona probablemente de origen hipofisiario, que estimularía específicamente la zona reticular. Si bien es cierto que la adrenarquia tiene relación temporal con la gonadarquia, estos eventos son independientes y regulados por mecanismos diferentes.

2.- GONADARQUIA

En relación al eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, la pubertad representa la culminación de un proceso madurativo que se inicia in útero (Figuras 12 y 13)

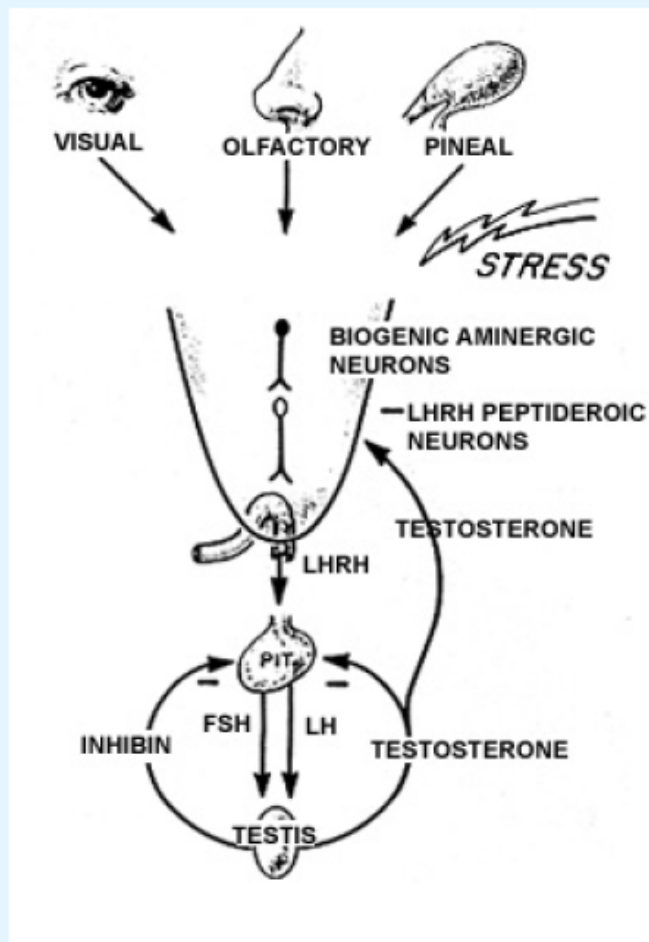


Figura 12: Regulación del eje hipotálamo - hipófisis - gonadal en varones

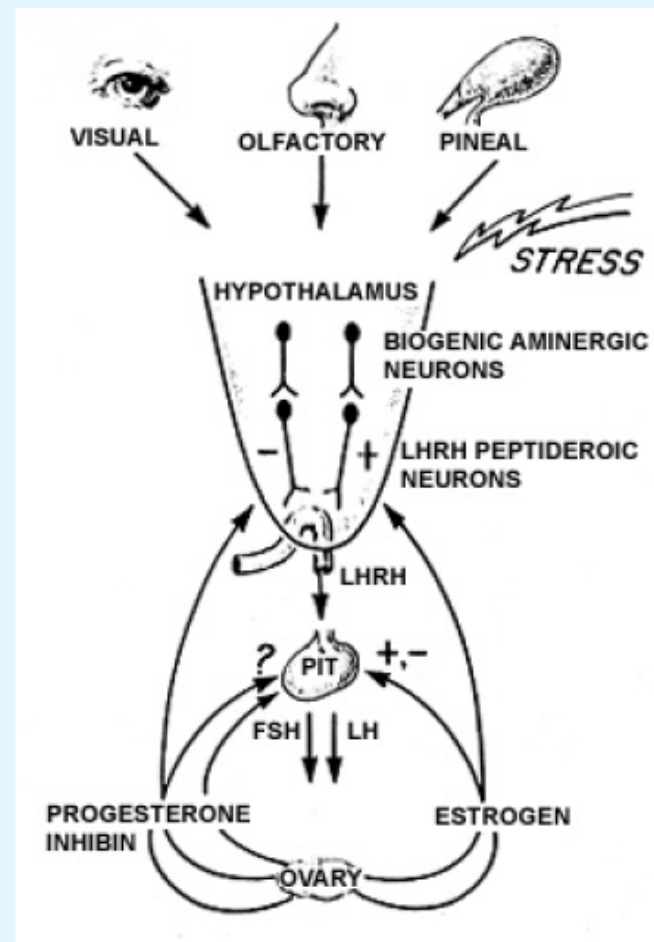


Figura 13: Regulación del eje hipotálamo - hipófisis - gonadal en mujeres

EVALUACION CLÍNICA DEL DESARROLLO PUBERAL

Para evaluar el estado de desarrollo puberal se utilizan las tablas diseñadas por Tanner, quien dividió en 5 grados el desarrollo mamario, el de vello púbico y genital. Estas tablas son usadas universalmente y permiten una evaluación objetiva de la progresión puberal.

James Mourilyan Tanner

- Nació el 1 de agosto de 1920 en Camberley, Surrey – Reino Unido.
- Endocrinólogo Pediatra
- Estudió en Marlborough College.
- Decidió ser médico y siguió un curso en la Universidad de Exeter.
- Trabajo en la St. Mary's Hospital School.
- Viajo a los EE.UU para completar sus estudios de medicina



Grados de Tanner del desarrollo mamario

La clasificación del desarrollo mamario, no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

Grado I: o prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

Grado II: se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.

Grado III: se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.

Grado IV: existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).

Grado V: la mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

1



2



3



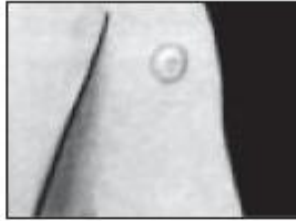
4



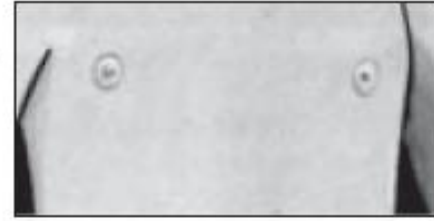
5



Examen físico



Grado 1 Prepuberal:
Solamente elevación del pezón.



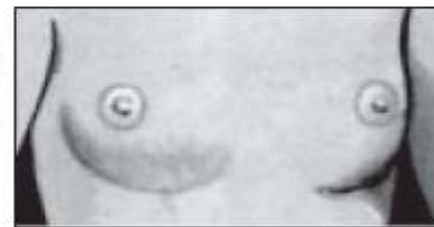
Grado 2:
Mamas en etapa de botón; elevación de la mama y pezón en forma de un pequeño montículo.



Grado 3:
Mayor agrandamiento y elevación de la mama y laaréola, sin separación de sus contornos.



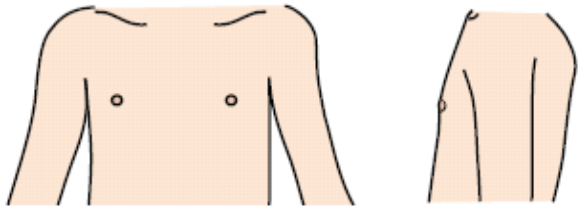
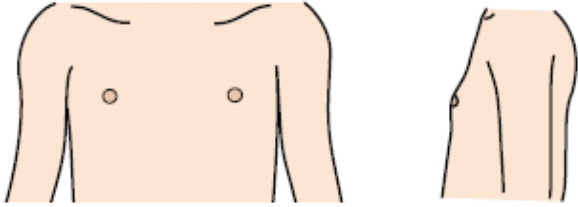
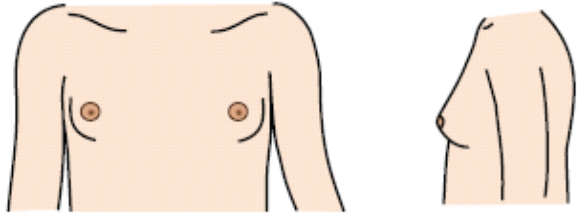
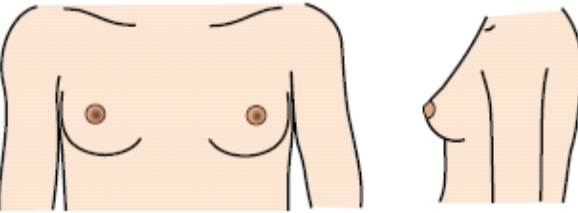
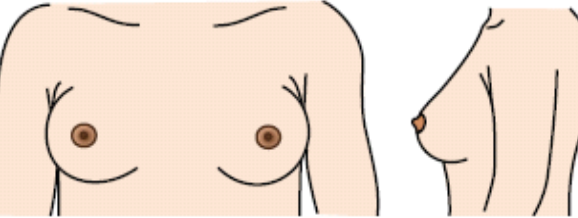
Grado 4:
Proyección de laaréola y pezón para formar un montículo secundario por encima del nivel de la piel de la mama.



Grado 5:
Etapa de madurez: proyección del pezón solamente, debido a la recesión de laaréola al nivel de la piel de la mama.



**Estadios
Tanner
mamas**

Estadio de Tanner	Desarrollo mamario en la mujer durante la pubertad, según Estadios de Tanner		Edad biológica
Grado 1		Prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la aréola no está pigmentada.	< 10 años 6 meses
Grado 2		Se palpa tejido mamario bajo la aréola sin sobrepasar ésta. Aréola y pezón protruyen juntos, con aumento del diámetro de la aréola. Es la etapa de la aparición del botón mamario.	10 años y 6 meses
Grado 3		Se caracteriza por crecimiento de la mama, con pigmentación de la aréola; y se visualiza que la mama y la aréola tienen un solo contorno.	11 años
Grado 4		Existe mayor aumento de la mama, con la aréola más pigmentada y solevantada, por lo que se observa un doble contorno (aréola y mama).	12 años, si no hay menarquia
Grado 5		La mama es de tipo adulto, en la cual el pezón protruye y la areola se retare y tiene el mismo contorno que la mama.	12 años y 8 meses

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico para ambos sexos:

Grado I: o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.

Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores.

Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.

Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.

Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos.

Posteriormente, en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.

Examen físico



Grado 1 Prepuberal:
El vello sobre el pubis es igual al de la pared abdominal, es decir, no hay vello pubiano.



Grado 2:
Crecimiento de vellos largos, suaves y ligeramente pigmentados, lacios o levemente rizados, principalmente a lo largo de los labios mayores. Este estadio es muy difícil de reconocer en las fotografías.



Grado 3:
El vello es considerablemente más oscuro, áspero y rizado. Se extiende en forma rala sobre el pubis.



Grado 4:
Las características del vello son de tipo adulto pero la superficie cubierta es todavía menor que en el adulto.



Grado 5:
Vello adulto en calidad y cantidad, con límite superior horizontal.



Grado 6:
Extensión hasta la línea alba.

Estadios Tanner vello pubiano

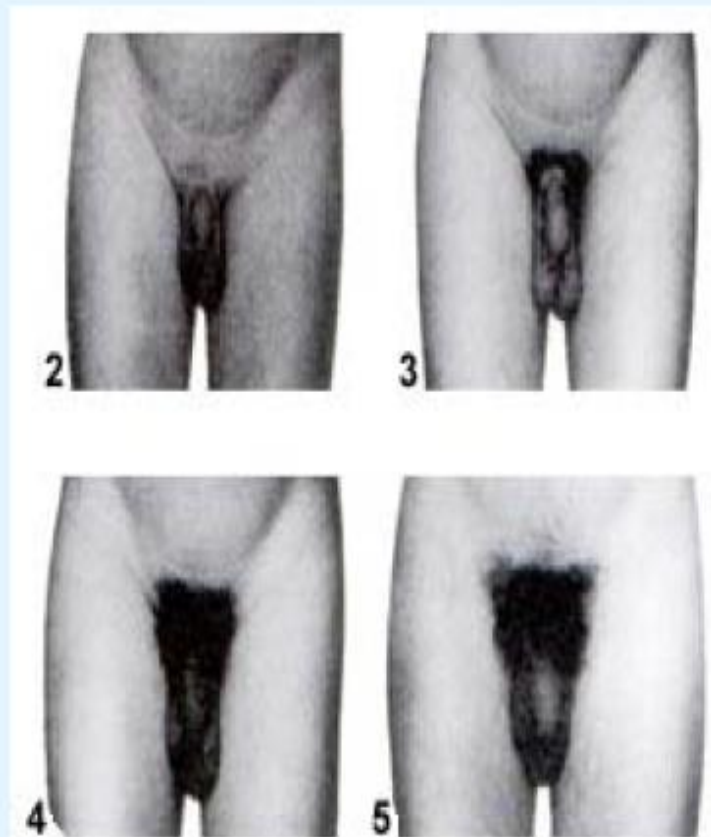


Figura 15



Figura 16

c) Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón (Figura 17):

- **Grado I:** Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.
- **Grado II:** El pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.
- **Grado III:** Se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.
- **Grado IV:** Hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.
- **Grado V:** Los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm

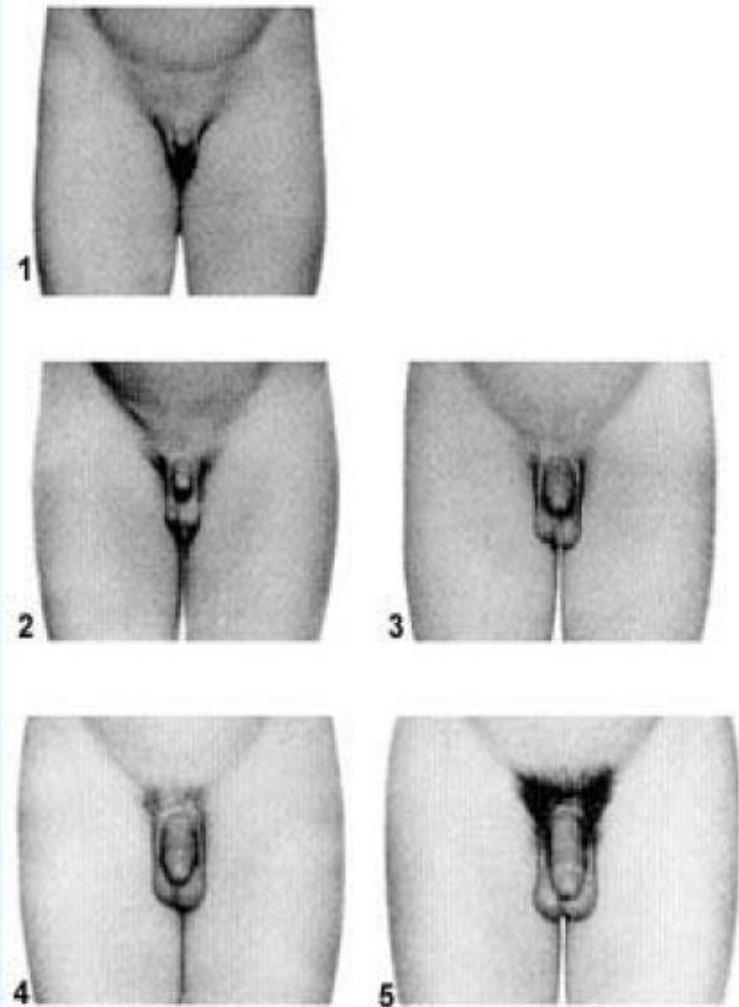
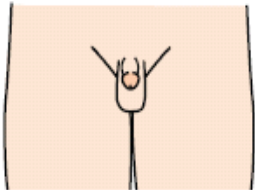
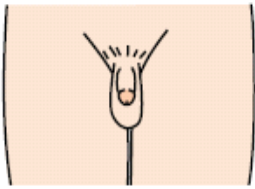
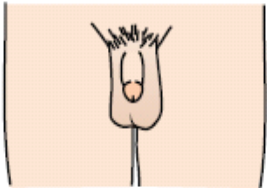
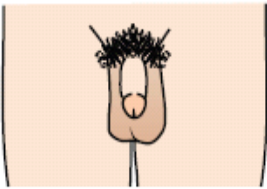
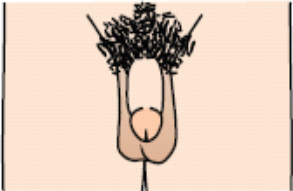


Figura 17

Estadio de Tanner	Desarrollo genital en el hombre durante la pubertad, según Estadios de Tanner		Edad biológica
Grado 1		Los testículos tienen un volumen menor a 4 cc, escroto y pene tienen características infantiles.	< de 12 años
Grado 2		El pene no se modifica, mientras los testículos aumentan ligeramente de tamaño alcanzando un volumen testicular de 4 a 8 cc; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura haciéndose más laxa.	12 años
Grado 3		Se inicia el crecimiento del pene en Longitud, los testículos tienen un volumen entre 6 y 12 cc y el escroto está más laxo.	12 años 6 meses
Grado 4		Hay mayor crecimiento del pene, con aumento de su diámetro y desarrollo del glándula, los testículos están entre 15 y 20 cc y el escroto está más desarrollado y pigmentado.	13 años 6 meses
Grado 5		Los genitales tienen forma y tamaño semejante a los de un adulto. Volumen testicular promedio de 25 cc.	14 años 6 meses

INICIO Y SECUENCIA DE LOS EVENTOS PUBERALES

El inicio de la pubertad en niños normales insertos en un medio **ambiente adecuado**, está determinado principalmente por **factores genéticos**. Existe una fuerte correlación entre la edad de menarquia de madres e hijas, entre mellizas monocigóticas y entre los miembros de grupos étnicos.

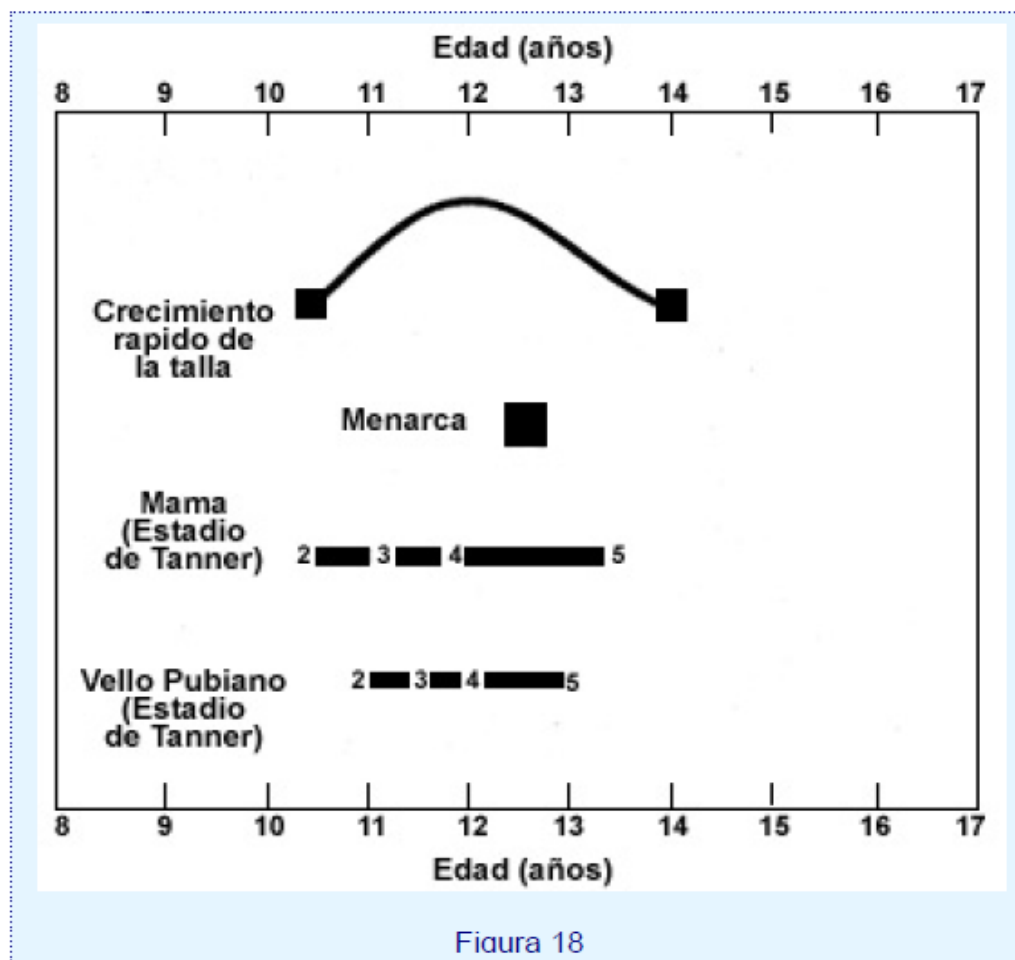
Cuando el **ambiente es desfavorable, modifica el patrón genético**. Es así como la obesidad moderada se asocia a adelanto puberal, en cambio en presencia de enfermedades crónicas, desnutrición, obesidad extrema, deprivación psicosocial, entre otras, el inicio puberal suele ser más tardío.

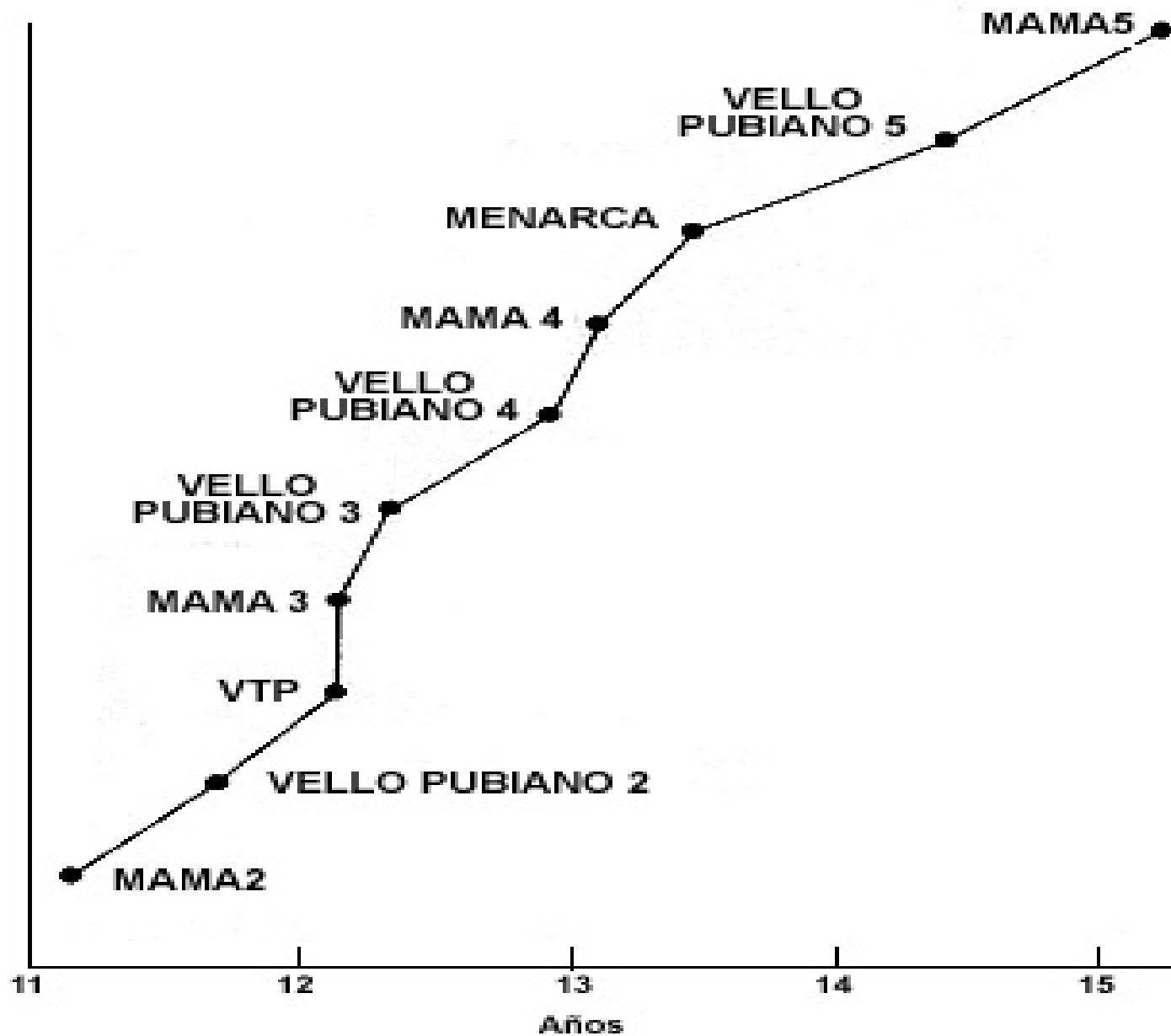
La altitud también modifica el inicio y duración de la pubertad, ésta suele ser más tardía y más prolongada en zonas de mayor altura.

Existe un grado de correlación entre el inicio de la pubertad y el grado de maduración ósea, es así que la pubertad se suele iniciar cuando se alcanza una edad ósea de 10,5 a 11 años en la niña y 11,5 a 12 años en el varón.

1.- SECUENCIA DE LOS EVENTOS PUBERALES EN EL SEXO FEMENINO

En el 85% de las niñas el primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario o telarquia, seguido muy de cerca por el crecimiento del vello púbico (Figuras 18 y 19). La telarquia puede ser unilateral por varios meses, a veces bastante sensible y de consistencia firme. La edad promedio de aparición son los 10.5 años, completando su desarrollo en aproximadamente 4 años. En un 95% de las niñas, la telarquia y el vello púbico aparecen entre los 8 y 13 años.





La **menarquia** se presenta **1.5 a 2 años** después de la **telarquia**, generalmente entre los grados III y IV del desarrollo mamario.

La edad promedio de presentación en Chile es de **12,6 años**. Durante los dos años posteriores a la menarquia, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que **explica la irregularidad** de las menstruaciones durante este período.

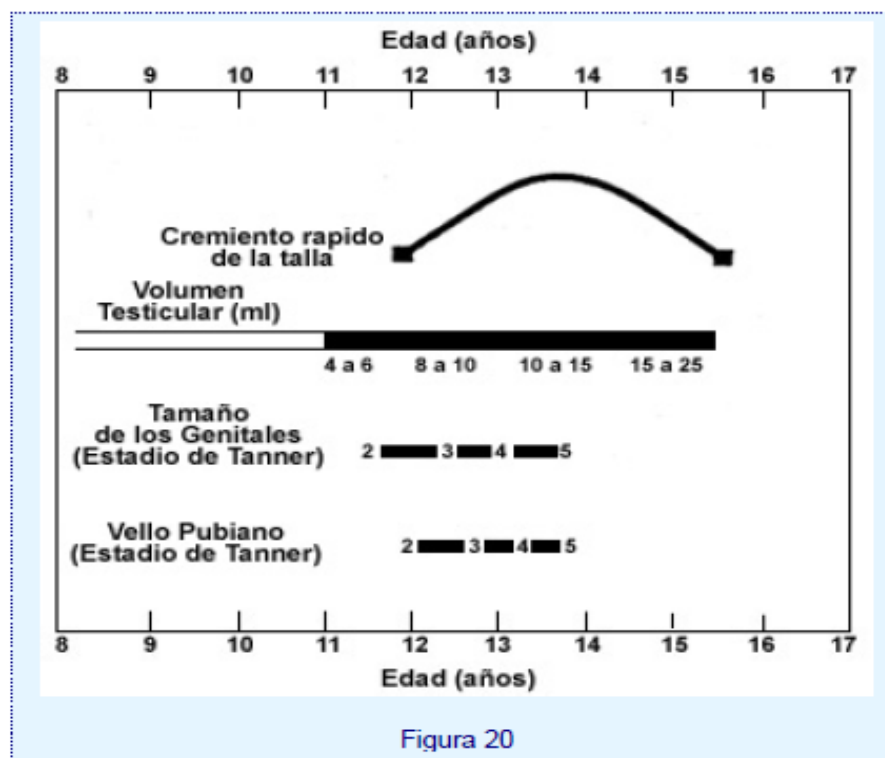
El **aumento de la velocidad de crecimiento** ocurre precozmente, incluso puede preceder a la aparición del botón mamario. **La máxima velocidad de crecimiento en talla** se presenta **antes de la menarquia**, lográndose después de ella un crecimiento no mayor de 5 a 7,5 cm, pudiendo haber una variación de 1 a 11 cm. La ganancia total en talla durante la pubertad es de 22 a 25 cm.

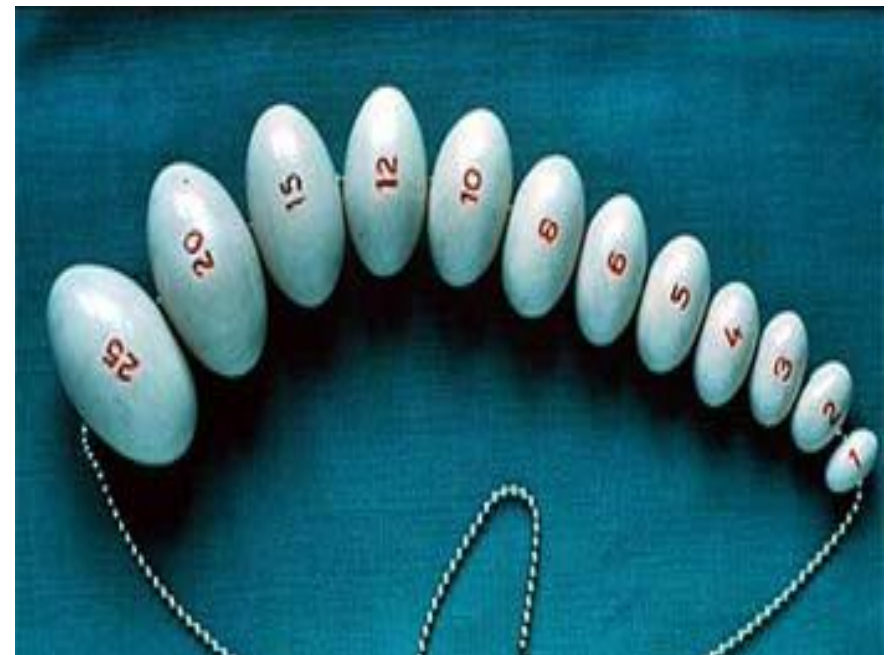
La ganancia de peso, junto con la distribución típica de la grasa en caderas, muslos y nalgas, suele ser **6 a 9 meses** más tardía que el **incremento de la talla**. **La máxima ganancia de peso** ocurre entre los 12.1 y 12.7 años. El índice de masa corporal promedio durante la pubertad, aumenta de 16.8 a 20.

En los **genitales externos**, se observa crecimiento de los labios mayores y menores, la mucosa se torna húmeda, brillante y más rosada, y **próximo a la menarquia** aparece **una secreción blanquecina** mucosa.

2.- SECUENCIA DE LOS EVENTOS PUBERALES EN EL SEXO MASCULINO

En el varón, el primer signo puberal es el aumento de tamaño testicular, producto fundamentalmente de la proliferación de los túbulos seminíferos (Figuras 20 y 21). Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2.5 cm de largo (excluyendo el epidídimo), lo que corresponde a 4 ml. medida con orquidómetro de Prader (Figura 22). Este volumen testicular se alcanza a una edad promedio de 11.6 años, aumentando gradualmente hasta llegar a 20 o 25 ml. (Figura 23) que es el tamaño adulto. El crecimiento testicular habitualmente es simétrico, y cuando se presentan asimetrías importantes, no es raro que correspondan a hipertrofias compensatorias a un teste contralateral que ha estado sometido a alguna injuria (orquidopexia, herniorrafia). Poco después del crecimiento testicular se inicia el crecimiento peneano y del vello púbico. El desarrollo del pene y testículos se completa en alrededor de 3,5 años; el vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz y de la aparición del acné. La próstata y vesículas seminales crecen en forma paralela al pene y testículos.





TESTICULAR SIZE AT DIFFERENT STAGES OF DEVELOPMENT

PRE- PUBERTAL

volume
1 - 6 ml

length 1.6 - 3.0 cm

width
1.0 - 1.9 cm

PUBERTAL

volume
9 - 15 ml

length 3.1 - 4.0 cm

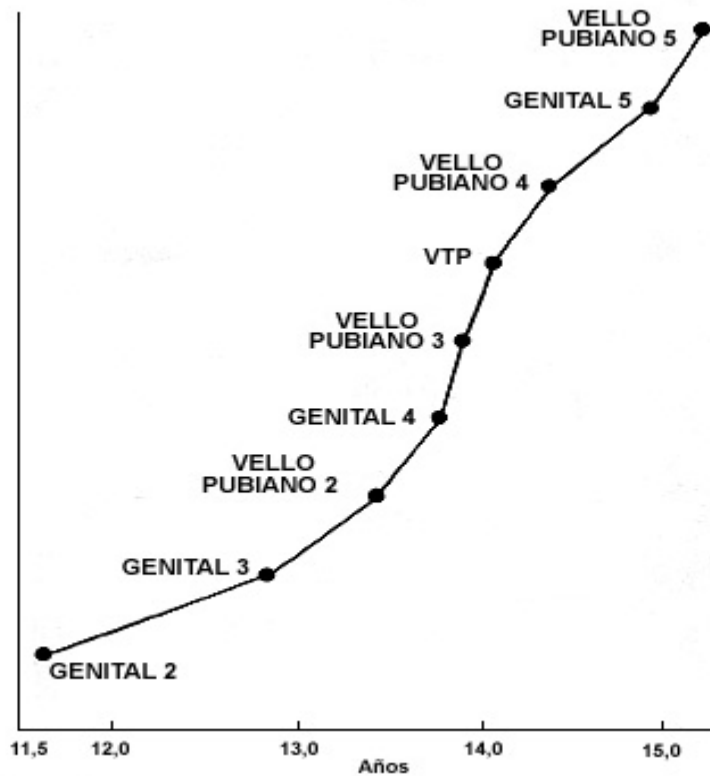
width
2.0 - 2.5 cm

ADULT

volume
15 - 25 ml

length 4.1 - 5.5 cm

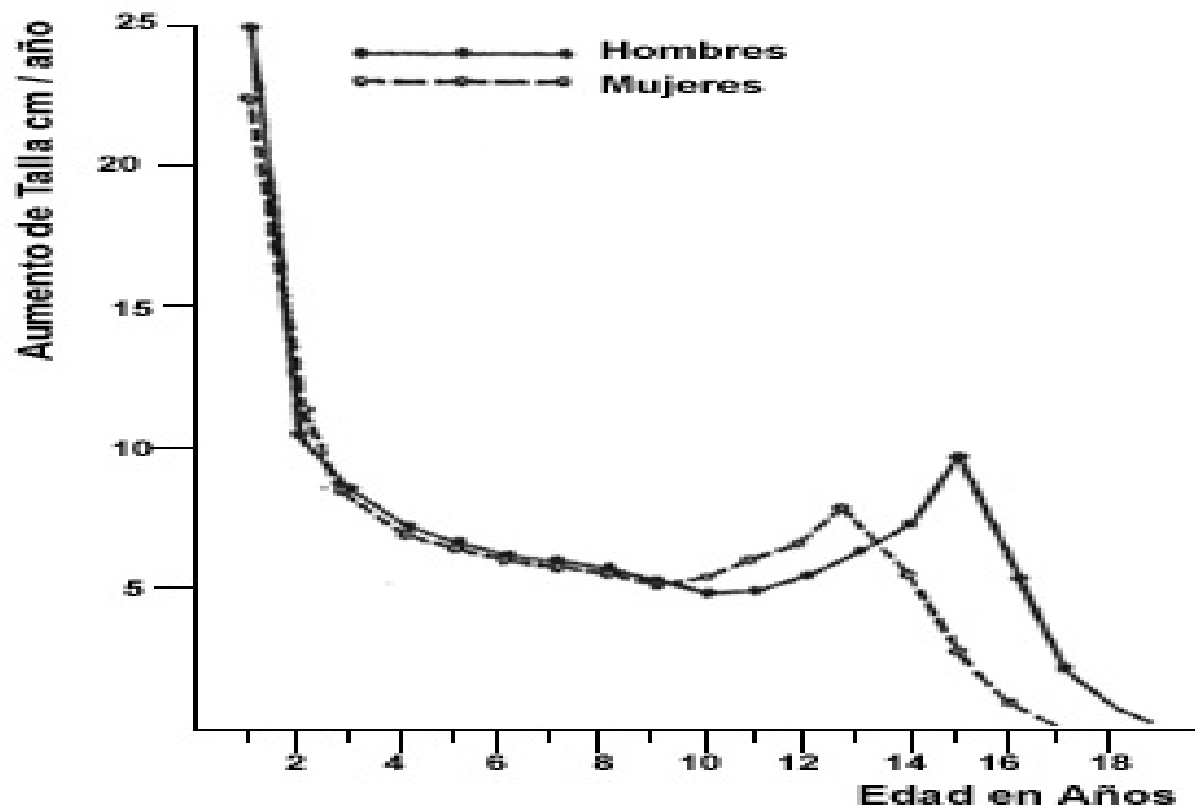
width
2.5 - 3.2 cm



La espermatogénesis es un evento puberal relativamente precoz, se inicia habitualmente entre las etapas 2 y 3 de vello púbico, pudiendo encontrarse espermios en orina en varones incluso con testes de 3 ml, y sin otra manifestación puberal. Sin embargo la concentración, morfología y movilidad de espermios del adulto se alcanza a una edad ósea de 17 años. La edad de los primeros orgasmos y eyaculaciones varía considerablemente, y aunque en dos tercios de los varones ocurre alrededor de los 14 años, puede ser un evento bastante tardío.

El estirón puberal en el hombre es más tardío y de mayor magnitud que en la mujer (Figura 24). El incremento de la velocidad de crecimiento se inicia alrededor de los 13 años, alcanzando una velocidad máxima de 10 a 12 cm/año, aproximadamente dos años después de iniciada la pubertad.

La ganancia promedio en talla durante la pubertad es de 28 a 30 cm. En general, el crecimiento se detiene entre cuatro a seis años después del inicio puberal. El incremento de peso, generalmente es concomitante con el de talla.

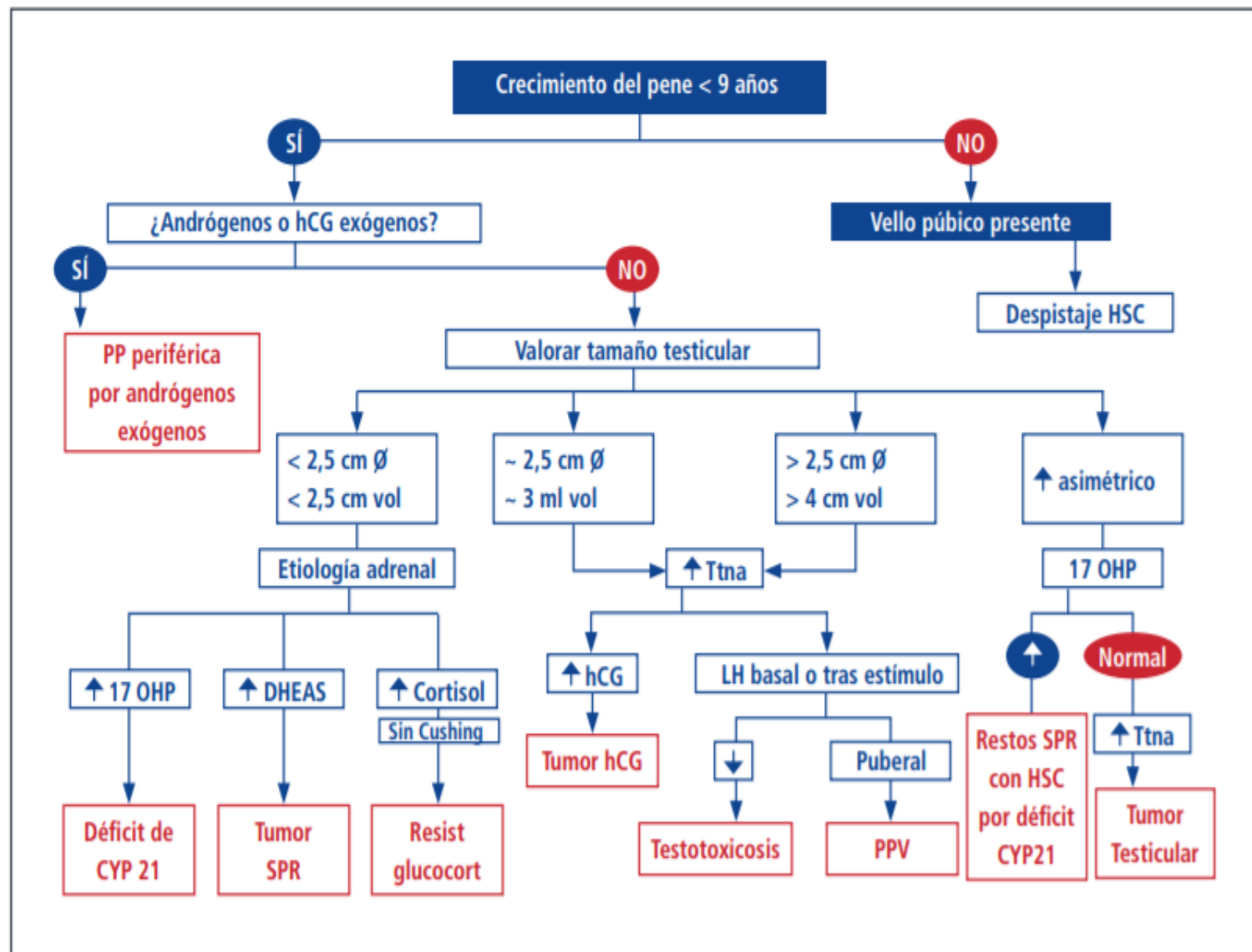


La ginecomastia es un fenómeno normal en la pubertad, ocurre en el 75% de los varones.

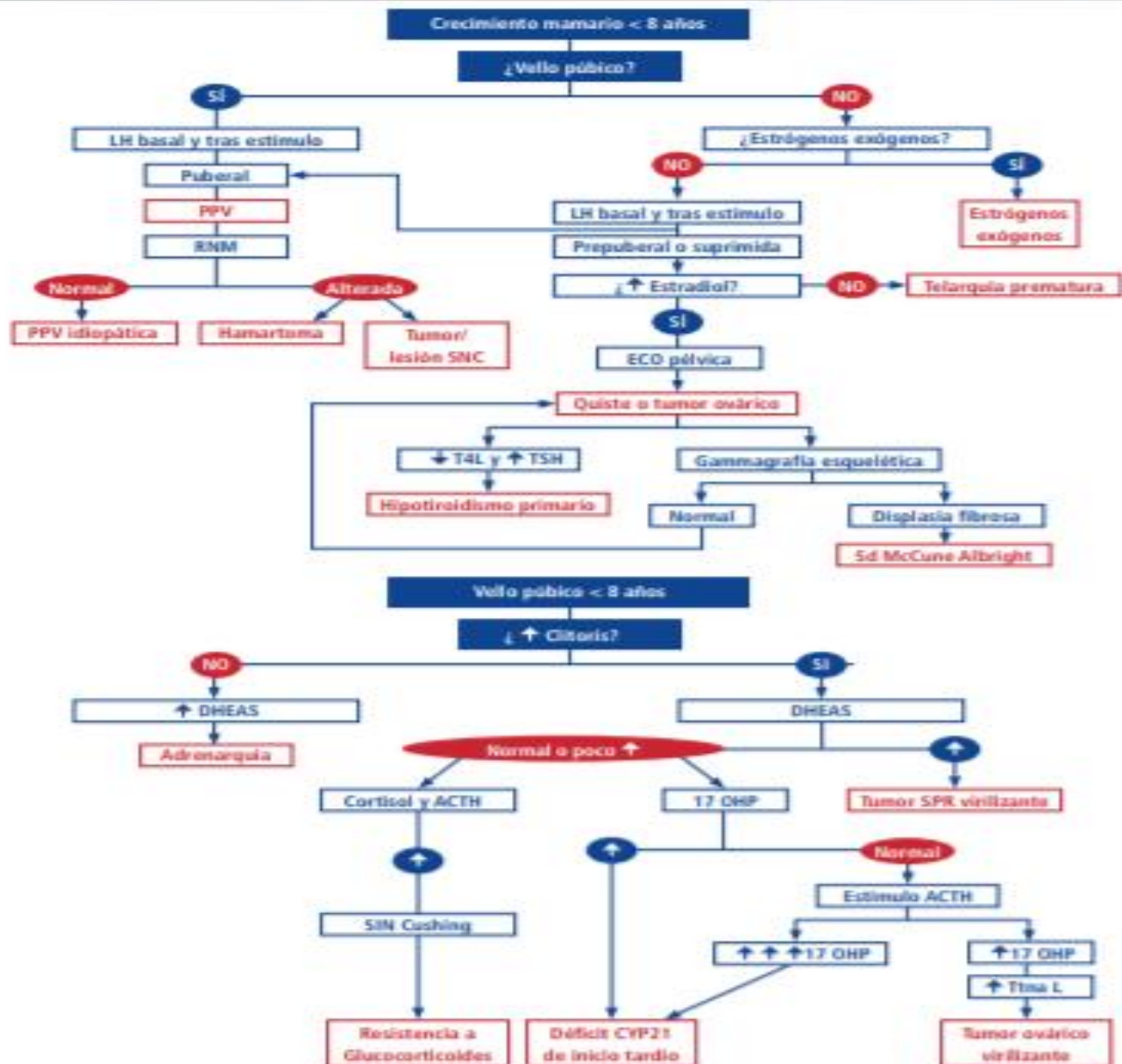
Habitualmente se presenta 1 a 1.5 años después del inicio puberal y persiste por 6 a 18 meses.

Aunque el tamaño es muy variable, excepcionalmente requiere resección quirúrgica.

ESQUEMA 1. PUBERTAD PRECOZ EN NIÑOS. DIAGNÓSTICO



ESQUEMA 2. PUBERTAD PRECOZ EN NIÑAS. DIAGNÓSTICO



Los profesionales de salud deben detectar las variaciones normales del desarrollo de adolescentes y orientarles, al igual que a su familia, y ofrecer tratamiento, en caso necesario.

Ginecomastia: En un 40 a 65% de los hombres púberes tiene cierto grado de hipertrofia mamaria como resultado de un exceso relativo de estradiol. El crecimiento de la glándula mamaria puede ser uni o bilateral, hasta el grado II de Tanner, acompañado a veces de dolor local. Los pequeños aumentos (menores de 4 cms. de diámetro) se resuelven en tres años sin tratamiento en un 90% de los casos.

Desarrollo mamario asimétrico: Frecuente en las mujeres, en la mayoría de los casos transitorio.

Acné: En ambos sexos los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición de acné.

Hipertrichosis e hirsutismo: La mayor parte de las veces idiopático. Debe ser evaluado por médico para determinar la necesidad de mayor estudio y manejo específico.

Ciclos menstruales irregulares: Durante los dos primeros años posterior a la menarquia los ciclos menstruales son frecuentemente irregulares, producto del proceso de maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

Flujo vaginal puberal: Aparece previo a la menarquia y se debe a la acción estrogénica en paredes vaginales. Se diferencia del flujo vaginal patológico por ser escaso, inoloro y no acompañarse de dolor, prurito ni disuria.

Enfoque de derecho

No olvidar que el adolescente es “ **Sujeto de derecho...**” por lo que nuestras acciones de salud deben tener este enfoque.

Respeto por la **individualidad** del adolescente.

Respeto de la confidencialidad de la información entregada.

Fomentar la toma de decisiones informadas.

Asentimiento informado.

Adolescente Maduro. (capacidad de tomar decisiones)

Examen ginecológico en adolescentes



- Siempre que sea necesario según la historia y objetivos, a veces se puede diferir.
- Ambiente de confianza.
- Explicar en detalle a la adolescente y a la madre/padre como se realizará la exploración ginecológica.
- Sobre todo en adolescentes tempranos explicarle a los padres que la evaluación no afectará la anatomía genital (principalmente al himen).

Sugerencia

Voluntario, informado

Realizar en presencia de una tercera persona.

- **Obstáculos de la paciente:** temor a lo desconocido, miedo al dolor, vergüenza, pudor, experiencias previas desagradables, situación de abuso sexual previo o actual, miedo a que se descubra que ha iniciado actividad sexual, miedo a ser juzgadas.

- **Obstáculos del profesional:** falta de preparación, inexperiencia, dificultad en la comunicación, valoración negativa sobre la sexualidad de los/las adolescentes
capacitación y perfeccionamiento continuo para entregar una atención de calidad.

- **En la paciente sin actividad sexual:**
 - Estadios de Tanner para mama y vello pubiano.
 - Examen mamario.
 - Inspección genitales externos.
 - Inspección anal.

Consultas frecuentes



1. Vulvovaginitis



- Motivo de consulta más frecuente (50%).
- La mayoría son inespecíficos debido a los malos hábitos de higiene.
- **Síntomas:** prurito, disuria y descarga.
- Las candidiasis son raras en niñas que han dejado de usar pañales y que no tienen otra morbilidad.

Manejo inicial, de persistir derivar para estudio .

1. Manejo de la vulvovaginitis

- Limpieza adelante hacia atrás con agua caliente
- Evitar jabones, shampoo, desodorantes o lociones
- Usar ropa interior de algodón
- Usar papel higiénico no perfumado
- Mantener área vulvar limpia y seca
- Lavado de manos antes y después de usar el baño
- Usar jabón de baño suave
- Sacar trajes de baño después de salir de la piscina

2. Sinequias Vulvares

- Se presentan en el 1.4% de las niñas.
- Puede corresponder a una fusión parcial o completa

Derivar para evaluación y eventual tratamiento.

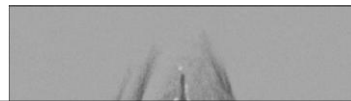
El tratamiento no siempre es necesario, pues se puede resolver espontáneamente al iniciarse la producción estrogénica.



PEDIATRIC GYNECOLOGY/KASS-WOLFF, WILSON

3. Himen imperforado

- Desarrollo embriológico anormal.
- En el período recién nacido, una masa que se hincha (hidrocolpos) puede ser notada en el introito.
- Si pasa desapercibida esta condición se diagnostica en la pubertad, con dolor abdominal y ausencia de menarquia.



Derivar para evaluación y eventual tratamiento.



Figure 4. Imperforate hymen. Hydro- or hydrometrocolpos is recognized by bulging tissue.

4. Liquen escleroso atrófico

- Otra causa de sangrado indoloro
- Condición probablemente autoinmune común en mujeres postmenopausicas.
- En niñas produce prurito genital.
- La inspección revela piel pálida, atrófica que no se extiende en el introito o pequeñas hemorragias subepiteliales por trauma suave.

Derivar para evaluación y eventual tratamiento.

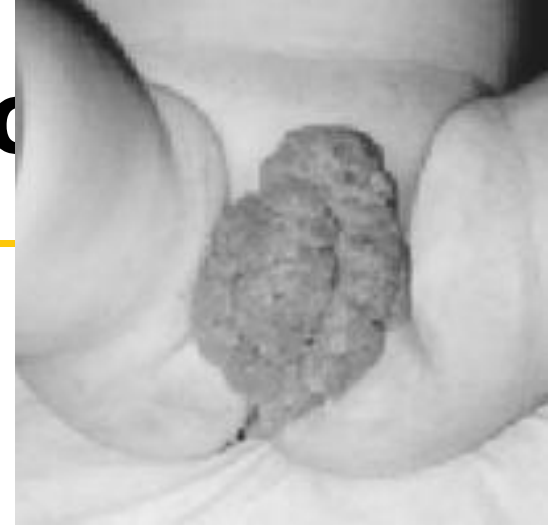


Figura 3 Liquea esclerose y atrofice vulvar.

**JANO 07 Abril 2000.
Vol58 - N 1339 p. 64 -
74 L. Asumendi
Redondoa A. Tuneu
Vallsa
Diagnóstico diferencial
de las lesiones cutáneas
de la región perianal y
genital**

5. Condiloma Acuminado

- HPV, potencial oncogénico.
- Lesiones asintomáticas.
- Las de mayor tamaño pueden molestias, dolor al orinar o defecar.
- Transmisión generalmente vertical bajo (los 2 años).
- Después de los 2 años sospechar abuso sexual.
- Presencia de abuso en un tercio de estos pacientes.



**Derivar para evaluación,
tratamiento y descartar abuso.**

6. Abuso sexual



- Demanda importante para el equipo de salud.
- Pacientes víctimas de abuso no siempre presentan signos de daño, puede haber ocurrido algún tiempo atrás o solo tocaciones.
- **Sospechar:**
 - Alteraciones del comportamiento, variación individual
 - Alteraciones del sueño
 - Niños que desarrollan actitudes erotizadas
 - Enuresis, encopresis, disuria, hemorragia, dolor abdominal

Siempre derivar si hay sospecha.

7. Traumatismo

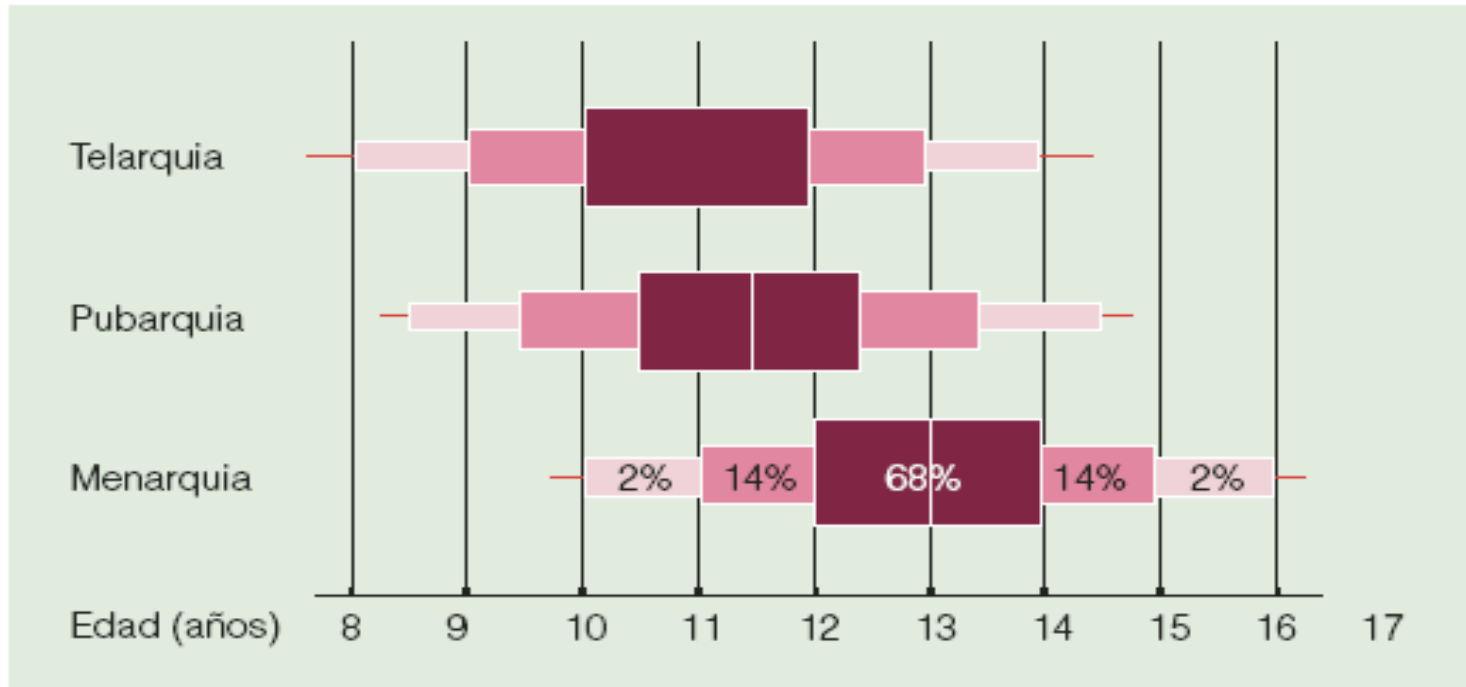


- Caída en horcajadas o en “silla de montar”
- Diagnóstico diferencial con abuso.
- Anamnesis clara y creíble por parte de la niña y adultos.
- Lesiones:

Derivar para tratamiento y descartar abuso.

,otros

2. Alteraciones del desarrollo puberal



Derivar para evaluación y eventual tratamiento.

3. Alteraciones ciclo menstrual

- Amenorrea primaria
- Amenorrea secundaria
- Oligoamenorrea
- Metrorragias

a. Amenorrea Primaria

- 16 años, con desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios
- 14 años, sin caracteres secundarios
- 14 años, en ausencia de estos
- 40% alteraciones endocrinas
- 60% anomalías del desarrollo

Amenorrea Primaria



Uterine causes

Müllerian agenesis (e.g. Rokitansky syndrome)

Ovarian causes

Polycystic ovary syndrome

Premature ovarian failure (usually genetic, e.g. Turner's syndrome)

Hypothalamic/pituitary causes (hypogonadotrophic hypogonadism)

Weight loss

Intense exercise (e.g. ballerinas)

Idiopathic

Derivar para estudio y eventual tratamiento.

Systemic causes

Chronic debilitating illness

Weight loss

Endocrine disorders (thyroid disease, Cushing's syndrome etc.)

b. Amenorrea secundaria

- > 6 meses
- Embarazo
- SOP
- **Examen físico**
 - A veces examen genitales externos
 - Signos de hiperandrogenismo (acné, hirsutismo, alopecia) v/s virilización

Table IV. Classification of secondary amenorrhoea

Uterine causes

Asherman's syndrome, cervical stenosis

TB endometritis

**Si sexualmente activa dar
tratamiento anticonceptivo.**

Pituitary causes

Hyperprolactinaemia

Hypopituitarism

Sheehan's syndrome

Causes of hypothalamic/pituitary damage (hypogonadism)

**Si no es sexualmente activa
derivar SIN aco para estudio
hormonal y eventual tratamiento.**

Cocaine and opioids have central effects that may disrupt the menstrual cycle

Psychotropic drugs

Progestogens

Drugs interfering with the HPO axis such as GnRH analogues

Si sexualmente activa dar tratamiento anticonceptivo.

- CICLOS > 35 días
- SOP + frec
- Alteraciones temporales del control del ciclo menstrual
- Obesidad o desnutrición

Si no es sexualmente activa derivar SIN aco para estudio hormonal y eventual tratamiento.

5. Dismenorrea

Tratamiento con aines y aco, si persiste derivar para estudio.

ser ovulatorios, Es habitualmente intramenstrual

– Dolor y nauseas, vómitos, Cefalea, diarrea y fatiga.

- Secundaria:

– Es más común en > 20 años

– Por: endometriosis, malformaciones congénitas, estenosis cervical e infecciones

Gracias

