

Alteraciones del ciclo menstrual

Fecha de la última revisión: **06/02/2014**

Índice de contenidos

1. [Características del ciclo menstrual](#)
2. [Alteraciones del patrón de sangrado: amenorrea, hemorragia uterina anormal](#)
3. [Hemorragia uterina anormal: ¿Cómo se trata?](#)
4. [Dismenorrea: síntomas relacionados con el ciclo menstrual](#)
5. [Dismenorrea: ¿Cómo se trata?](#)
6. [Síndrome premenstrual: síntomas relacionados con el ciclo menstrual](#)
7. [Síndrome premenstrual: ¿Cómo se trata?](#)
8. [Bibliografía](#)
9. [Más en la red](#)
10. [Autora](#)

Características del ciclo menstrual

Tiene una duración media de 28 días, si bien se considera normal entre 20-45 días. La variación en cuanto a la duración es diferente en cada persona e incluso puede variar de un mes a otro en una misma persona. La menstruación dura entre 3-5 días y la pérdida de sangre es de 35-80 ml.

El inicio del ciclo menstrual empieza el primer día de la menstruación y consta de dos fases: fase folicular y la fase lútea. Está regulado por el eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

Antes de explicar en qué consiste cada fase, debemos hacer algunas consideraciones:

- La GnRH se secreta de forma pulsátil, en el hipotálamo lo que origina que la FSH y la LH también se secreten de forma pulsátil. Si la GnRH se secreta de forma continua o no se secreta, pierde su acción sobre la FSH y la LH.
- La GnRH está controlada por mecanismos de retroalimentación: los estrógenos la estimulan, y la progesterona y la inhibina (hormona no sexual que se origina en el ovario) la inhiben. Hay otras situaciones en las que también esta inhibida, como por ejemplo en el embarazo por la producción de prolactina, o cuando hay lesiones que afecten al hipotálamo.

Fase folicular

- La GnRH estimula la producción de FSH.
- La FSH estimula unos 20 folículos primarios que se llegan a convertir en secundarios. Durante este proceso el número de células foliculares aumenta y se diferencian para convertirse en "células de la granulosa".
- Hacia el día 5 del ciclo uno de los folículos se convierte en el folículo dominante, también llamado folículo de De Graaf, que crece rápidamente entre los días 6 y 14 como respuesta a la secreción de FSH.
- El folículo secreta estrógenos, que estimulan la producción de GnRH pero se queda acumulada en el hipotálamo, para liberarse de forma "súbita" en el pico ovulatorio. Los estrógenos también son responsables de los caracteres sexuales femeninos.
- Hacia el día 12-14 del ciclo se produce un pico LH que completa la fase de meiosis del folículo de De Graaf originando dos células: una alargada y un cuerpo polar. La célula largada continua la meiosis hasta la metafase, situación que no se completa hasta la fecundación.
- En este momento el "óvulo" es recogido por la trompa de Falopio y se inicia la fase lútea.

Durante la fase folicular, el endometrio crece (endometrio proliferativo).

Fase lútea

Tras la ovulación, el resto de células que formaban el folículo se transforman en el denominado "cuerpo lúteo", y bajo el estímulo de la LH secretan progesterona de forma creciente durante aproximadamente 7 días. La progesterona es la responsable de transformar el endometrio proliferativo en un endometrio secretor. A partir de ese momento el cuerpo lúteo, salvo que se haya producido la fecundación, empieza a degradarse y la secreción de progesterona a disminuir.

Cuando los niveles de progesterona son muy bajos, el endometrio se "descama" y se origina la menstruación.

Durante la fase lútea, los estrógenos al coincidir con una concentración elevada de progesterona tienen una acción inhibitoria sobre la GnRH, lo que explica que no se origina un segundo pico ovulatorio al final del ciclo.

Las características clínicas de los ciclos ovulatorios son: regulares, con síntomas premenstruales y tensión mamaria, acompañados de dismenorrea, con cambios en el moco cervical y datos de acción progestágena en la segunda mitad. Por el contrario, los ciclos anovulatorios suelen ser impredecibles, con spottings frecuentes, y los sangrados no suelen ser abundantes.

Alteraciones del patrón de sangrado: amenorrea, hemorragia uterina anormal

1. Amenorrea

Definición: ausencia de menstruación.

Clasificación:

- Amenorrea primaria: mujer de más de 16 años con caracteres sexuales secundarios o mayores de 14 sin éstos que nunca han tenido la menstruación.
- Amenorrea secundaria: cese de la menstruación durante al menos 3 meses.

Etiología: las causas de amenorrea primaria suelen ser diferentes de las de secundaria, aunque no siempre es así; por este motivo se prefiere la clasificación desde el punto de vista fisiopatológico (Carr BR, 2011).

Causas de amenorrea:

1. Fisiológica:

- Gestación.*

2. Hiperprolactinemia:

- Prolactina <100 ng/ml (100 µg/l).
 - Lactancia.
 - Estimulación del pezón.
 - Alteraciones del metabolismo (fallo hepático, fallo renal).
 - Producción ectópica (carcinoma broncogénico, gonadoblastoma, quiste dermoide ovárico, carcinoma renal, teratoma).
 - Hipotiroidismo.
 - Fármacos (anticonceptivos orales, antipsicóticos, antidepresivos, antihipertensivos, bloqueadores de los receptores de histamina H2, opiáceos, cocaína).
- Prolactina >100 ng/ml.
 - Síndrome de la silla turca vacía.
 - Adenoma hipofisario.

3. Alteraciones del tracto genital:

- Atresia de vagina.
- Himen imperforado.
- Vagina con septo transverso.
- Estenosis cervical.
- Síndrome de Asherman* (poslegrado).

4. Anovulación crónica con presencia de estrógenos:
(hipogonadismo normogonadotrópico)

- Congénito (agenesia de los conductos de Müller, síndrome de la insensibilidad androgénica).
- Anovulación por hiperandrogenismo: *síndrome del ovario poliquístico (PCO), acromegalia, tumores secretores de andrógenos (ováricos o adrenales), trastornos suprarrenales: hiperplasia adrenal congénita, síndrome de Cushing.
- Disfunción tiroidea (hiper e hipotiroidismo).

5. Anovulación crónica con ausencia de estrógenos:

- A. Hipogonadismos hipergonadotrópicos: fallo ovárico.
 - Menopausia*.
 - Fallo ovárico precoz * (autoinmune, quimioterapia, radiación pélvica, idiopático, sarampión, galactosemia).
 - Disgenesias gonadales (síndrome de Turner y otros).
 - Síndrome del ovario resistente.
- B. Hipogonadismo hipogonadotrópico.
 - Funcionales*: estrés, anorexia nerviosa, depresión grave, ejercicio, pérdida importante de peso.
 - Tumor del sistema central.
 - Amenorrea pospíldora.
 - Radiación craneal.
 - Enfermedades crónicas: insuficiencia hepática, enfermedad renal crónica, DM, enfermedad inflamatoria intestinal, inmunodeficiencia.

6. Obstrucción en el tracto utero-vaginal:

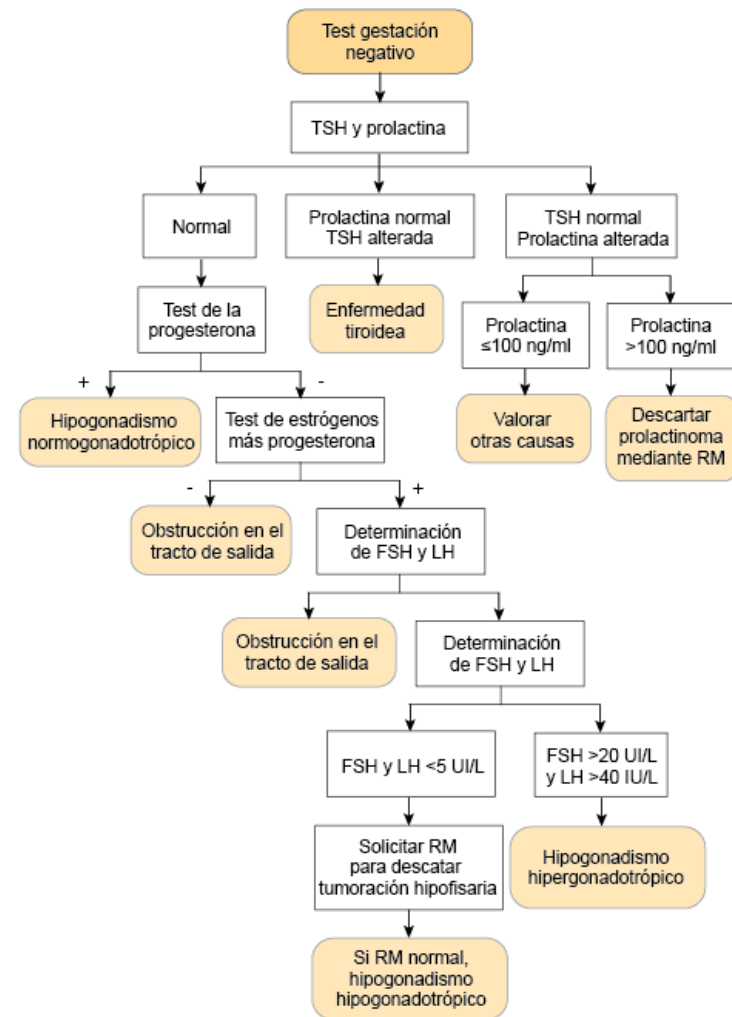
- Síndrome de Asherman.
- Estenosis cervical.
- Himen imperforado.
- Vagina con septo transverso.

(*) Causas más frecuentes en atención primaria.

Abordaje de la paciente con amenorrea (Gomez M, 2007):

- La primera sospecha diagnóstica debe ser embarazo.
- Si se trata de una mujer entre 45-50 años con síntomas perimenopaúsicos no es necesario continuar el estudio (**menopausia y terapia hormonal**).
- Si se acompaña de galactorrea, hay descartar las causas del **síndrome galactorrea-amenorrea**.

- En el resto de las situaciones se puede realizar el abordaje según el algoritmo 1.



Algoritmo 1. Diagnóstico de una paciente con amenorrea
(+) Positivo (-) Negativo

2. Hemorragia uterina anormal

Definición: es aquella que difiere del patrón menstrual habitual. Según las características, reciben distintos nombres:

- Oligomenorrea: menstruación infrecuente, irregular, con ciclos de más de 45 días.
- Menorragia** o hipermenorrea: menstruación excesiva y/o prolongada con intervalos regulares entre los ciclos.
- Metrorragia**: sangrado procedente de la cavidad uterina sin relación con el ciclo menstrual.
- Menometrorragia: sangrado uterino prolongado con intervalos irregulares.
- Polimenorrea: menstruación a intervalos regulares de menos de 21 días.
- Hemorragia uterina disfuncional: hemorragia uterina anormal sin alteración anatómica subyacente.

Etiología. Causas de hemorragia uterina anormal:

Relacionadas con el embarazo: - Hemorragia por implantación. - Embarazo ectópico. - Amenaza de aborto. - Aborto espontáneo. - Enfermedad trofoblástica. - Placenta previa. Patología del aparato genital: - Infecciones (cervicitis, endometritis, salpingitis, miometritis). - Enfermedad inflamatorio pélvica. - Miomas. - Endometriosis y adenomiosis. - Hiperplasia endometrial.	Enfermedades sistémicas: - Enfermedad hepática. - Enfermedad renal. - Diabetes mellitus mal controlada. - Enfermedad cardíaca. - Coagulopatía. - Trombocitopenia. - Enfermedad de von Willebrand. - Discrasias sanguíneas. - Lupus eritematoso sistémico. Hemorragia uterina disfuncional: (anovulación, insuficiencia del cuerpo lúteo)
--	---

• Pólipos endometriales. • Vaginitis atrófica. • Tumores malignos (cérvix, endometrio, ovario, leiomiosarcoma). • Cuerpo extraño. • Traumatismo. Fármacos: • ACO. • Anticoagulantes. • Antieplépticos. • Antipsicóticos. • Corticosteroides. • Estrógenos. • Fitoterapia. • ISRS. • Progestágenos. • Quimioterapia. • Tamoxifeno.	Trastornos hormonales: • Síndrome del ovario poliquístico. • Enfermedad tiroidea. • Hiperprolactinemia. • Hiperplasia adrenal. • Enfermedad de Cushing. • Disfunción/tumor adrenal. Traumatismos: • Laceración, abrasión. • Cuerpos extraños. Otras: • DIU. • Estrés.
---	---

Hemorragia con ciclos anaovulatorios: adolescencia, DM mal controlada, trastornos de la alimentación, hiper o hipotiroidismo, hiperprolactinemia, fármacos, perimenopausia, síndrome del ovario poliquístico, gestación.

Hemorragia con ciclos ovulatorios: trastornos hematológicos, enfermedad renal avanzada, lesiones estructurales del aparato genital.

Recientemente la FIGO ha propuesto ir abandonando esta nomenclatura por considerar que da lugar a confusiones y no ser determinante de ninguna fisiopatología subyacente; además, en una misma paciente pueden aparecen varios tipos de hemorragia uterina anormal. Como alternativa propone una clasificación que hace referencia a las causas (sistema PALM-COEIN) (Munro MG, 2011):

• Pólipos. • Adenomiosis. • Leiomioma (a su vez subclasificados, como aparece en la tabla 1). • Malignidad e hiperplasia.	• Coagulopatía. • Disfunción ovulatoria. • Endometrial. • latrogénica. • No clasificable.
---	---

Tabla 1. Subclasificación de los leiomiomas dentro del sistema PALM-COEIN.		
SM. Submucoso	0	Intracavitario pedunculado
	1	<50% intramural
	2	>50% intramural
O. Otros	3	Contacta endometrio; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50% intramural
	6	Subseroso ≤50% intramural
	7	Subseroso pedunculado
Híbrido: leiomioma (afecta endometrio y serosa)	8	Otros (específica ej. cervical)
	Se utilizan dos números separados por un guión. El primer número hace referencia al endometrio y el segundo a la relación con la serosa.	
	2-5	Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad del diámetro en el endometrio y en el peritoneo respectivamente.

Valoración diagnóstica (algoritmo 2): se realiza según la edad (Felix HM, 2012).

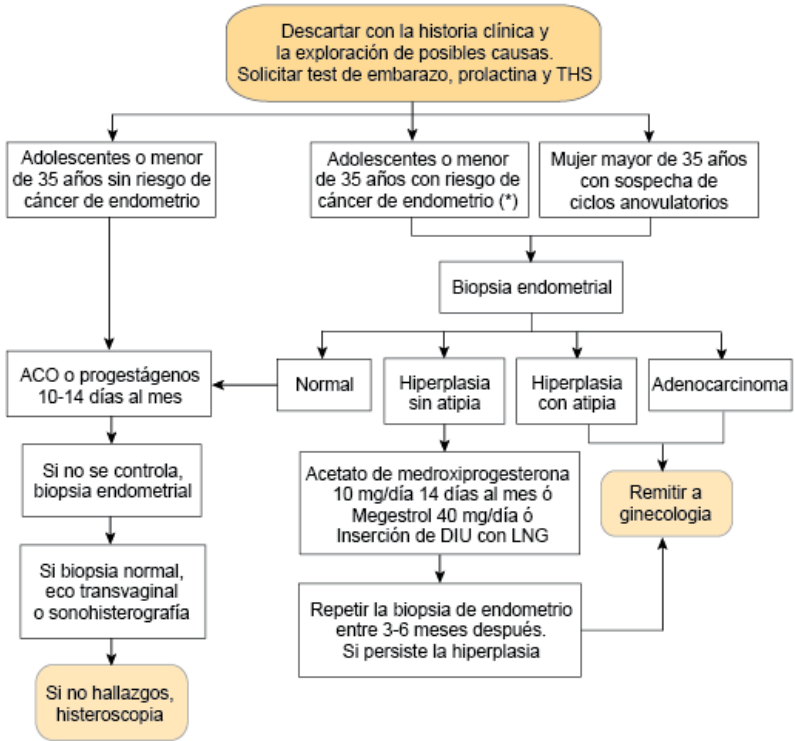
- Niña (antes de la menarquia): la aparición de una hemorragia vaginal siempre se asocia con una alteración subyacente.
- Mujer adolescente. Los ciclos pueden ser irregulares desde la menarquia hasta 2-3 años después. Habitualmente se asocian con ciclos anovulatorios. En ausencia de otros síntomas no está indicada ninguna prueba diagnóstica.
- Mujer en edad fértil. Siempre hay que descartar que no sea una complicación de una gestación. Las causas más frecuentes son los miomas, el DIU y la enfermedad inflamatoria pélvica. Si la exploración física es normal, no está indicado realizar más estudios (Sweet MG, 2012).
- Mujeres perimenopáusicas. En ocasiones es difícil determinar si se trata de las variaciones normales del ciclo o si por el contrario, hay que sospechar patología subyacente.
- Postmenopausia. Toda hemorragia que aparece después de la menopausia (1 año después de la última menstruación) exige el estudio del endometrio (Kadir RA, 2012).

Hemorragia uterina anormal: ¿Cómo se trata?

Tratamiento: en el caso de que exista una alteración subyacente, el tratamiento será el específico del mismo.

En lo que respecta a la denominada hemorragia uterina disfuncional, las opciones terapéuticas cuando se sospecha que se trata de ciclos anovulatorios son los que aparecen en la tabla 2 (Hickey M, 2012).

Para el tratamiento de la hemorragia en los ciclos ovulatorios ver menorragia.



Algoritmo 2. Diagnóstico-terapéutico de la hemorragia vaginal anormal con ciclos anovulatorios

(*) Factores de riesgo de cáncer de endometrio:

- Adolescentes con obesidad y 2-3 años con hemorragia vaginal anormal por ciclos anovulatorios sin tratar.
- Mujeres de menos de 35 años con DM, historia de cáncer de colon, infertilidad, nuliparidad, obesidad o utilización de tamoxifeno.
- Mujeres mayores de 35 años con sospecha de sangrados por ciclos anovulatorios.

Tabla 2. Opciones terapéuticas para la hemorragia uterina disfuncional en ciclos anaovulatorios. (Sweet MG, 2012)

Fármaco	Dosis terapéutica	Pauta	Comentarios
Ciclos anaovulatorios			
ACO	<35 mcg de EE2 monofásico o trifásicos	Pauta habitual	Tener en cuenta las contraindicaciones de los ACO. No hay datos sobre su eficacia en la metrorragia. Valorar a los 3-6 meses y si no han sido eficaces, suspender.
Acetato de medroxiprogesterona	10 mg/día	Durante 10-14 días al mes. 10 días cada 3 meses en pacientes con oligomenorrea o amenorrea	No provee anticoncepción. Precaución en pacientes con disfunción hepática severa.
Hiperplasia endometrial sin atipia			
<u>Acetato de medroxiprogesterona</u>	10 mg/día	Durante 14 días al mes	Ver anterior.
<u>Megestrol</u>	40 mg/día		No aportan anticoncepción.
<u>DIU liberador de levonorgestrel</u> (Mirena)	Libera 20 mcg/día		Anticoncepción durante 5 años. Puede originar sangrados irregulares y amenorrea. Contraindicado en el cáncer de mama y otras situaciones en las que no se pueda dar progestágenos.

Dismenorrea: síntomas relacionados con el ciclo menstrual

Definición: dolor durante la menstruación.

Clasificación:

- Dismenorrea primaria (sin causa orgánica): aparece poco después de la menarquia, tiende a disminuir a lo largo de la vida. Las características del dolor son semejantes en todos los ciclos: aparece horas antes de iniciarse la menstruación y dura desde unas horas a 1-2 días, es espasmódico o cólico, localizado en hipogastrio, se puede irradiar hacia las piernas y la zona lumbar y se controla con AINE y/o con ACO.
- Dismenorrea secundaria: si las características del dolor no cumplen los criterios anteriores o la historia clínica así lo orienta hay que sospechar una causa subyacente: DIU, endometriosis, enfermedad inflamatorio pélvica.

Dismenorrea: ¿Cómo se trata?

Tratamiento: el tratamiento se puede realizar con AINE o con ACOs (ACOG, 2010).

Otros fármacos, como los agonistas de receptores adrenérgicos beta 2, no han mostrado ser eficaces (Fedorowicz Z, 2012).

Si se desea además cubrir la anticoncepción, se debe tratar con un anticonceptivo (Zahradnik HP , 2010), si bien no hay estudios que comparen unos con otros (Proctor ML, 2008).
Si no se desea anticoncepción, se utilizarán antiinflamatorios no esteroideos, no habiéndose encontrado en cuanto a la eficacia diferencia entre ellos (Marjoribanks J, 2010).

Entre las terapias alternativas que se han propuesto, la acupuntura (Smith CA, 2011) y el ejercicio regular podrían tener un efecto beneficioso (Brown J, 2010). Hay algunos estudios que han obtenido algún resultado favorable con tiamina, digitopuntura, estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, etc., sin embargo, no están lo suficientemente estudiados.

Las dismenorreas secundarias se tratan según la causa subyacente.

Síndrome premenstrual: síntomas relacionados con el ciclo menstrual

Definición: consiste en una serie de síntomas físicos y psíquicos que aparecen durante la fase lútea, incluso en mujeres histerectomizadas.

Síntomas del síndrome menstrual:

- Depresión o tristeza.
- Tensión o irritabilidad.
- Ansiedad o nerviosismo.
- Episodios de malhumor o cólera.
- Calambres.
- Hinchazón de manos o pies.
- Tensión mamaria.
- Hinchazón abdominal.
- Malestar en la parte inferior del abdomen.
- Dolor de espalda.
- Cefalea.
- Cansancio.
- Aumento o disminución del apetito.
- Antojos alimentarios.
- Insomnio.

Valoración diagnóstica: es imprescindible confirmar al menos durante 2 ciclos que los síntomas coinciden con la fase lútea. Se desconoce su etiología. El grado máximo es el denominado trastorno disfórico premenstrual (Biggs WS, 2011).

Criterios diagnósticos del Síndrome Disfórico Premenstrual (criterios del DSM IV):

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que empiezan a remitir 2 días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta que al menos uno de estos síntomas debe ser alguno de los cuatro primeros.

1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas.
2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de «estar al límite».
3. Labilidad emocional evidente (p.ej., ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo).
4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
5. Pérdida de interés por las actividades cotidianas (p.ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.
8. Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
9. Hipersomnia o insomnio.
10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso.

B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (p.ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o académico).

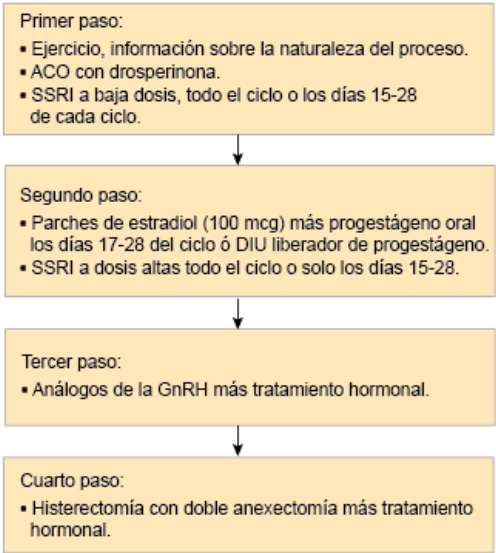
C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (si bien en ocasiones el trastorno disfórico premenstrual se añade también a cualquiera de estos trastornos).

D. Los criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos (el diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación).

Síndrome premenstrual: ¿Cómo se trata?

Tratamiento: la explicación de la naturaleza de los síntomas puede ser suficiente en muchos casos. El tratamiento se realizará cuando los síntomas son moderados-severos. Los ISRS de forma continua o bien tan solo cuando aparecen los síntomas han demostrado ser eficaces (Wyatt KM, 2008). Las opciones terapéuticas en forma escalonada son las que aparecen en el algoritmo 3 y en la tabla 3 se recogen los fármacos más frecuentemente empleados.

Existen otras alternativas terapéuticas (terapias alternativas, vit D, magnesio, calcio) cuyo papel queda todavía por determinar.



Algoritmo 3. Tratamiento del Síndrome Premenstrual

Tabla 3. Tratamiento del síndrome disfórico premenstrual.			
Fármaco	Dosis terapéutica	Pauta	Comentarios
ISRS (fármacos de elección)			
<u>Citalopram</u>	20-40 mg/día	Continua, fase lútea	Los efectos secundarios más frecuentes son: • Alteraciones gastrointestinales (náuseas y diarrea). • Anorgasmia. • Disminución de la libido. • Alteraciones del sueño.
<u>Escitalopram</u>	10-20 mg/día	Continua, fase lútea	
<u>Fluoxetina</u>	20-60 mg/día	Continua, fase lútea	
<u>Paroxetina</u>	20-30 mg/día	Continua, fase lútea	
Paroxetina-CR	12,5-25 mg/día	Continua, fase lútea	
<u>Sertralina</u>	50-150 mg/día	Continua, fase lútea	
Otros antidepresivos			
<u>Clomipramina</u>	50-75 mg/día	Continua, fase lútea	Los efectos secundarios más frecuentes son: • Alteraciones gastrointestinales (náuseas y diarrea). • Anorgasmia. • Disminución de la libido. • Alteraciones del sueño.
<u>Venlafaxina</u>	50-200 mg/día	Continua, fase lútea	
Tratamiento hormonal			
<u>Drospirinona-etinilestradiol</u>			
<u>Estradiol transdérmico</u>	200 mcg/día	2 veces a la semana	Debe combinarse con progestágeno (ver dosis en tratamiento hormonal sustitutivo en menopausia). Mastalgia.
Implante de estradiol subcutáneo	100 mcg/día		
Agonistas GnRh			
Leuprolide	3,75 mg/mes 11,25 mg/trimestre	Admin. (depot) intramuscular	
<u>Goserelina</u>	3,6 mg/mes	Admin. subcutánea	

	10,8 mg/trimestre		
<u>Nafarelina</u>	200-400 mcg/12h	Admin. intranasal	
<u>Histrelina</u>	10 microg/kg/día	Admin. subcutánea	

Bibliografía

- ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. Obstet Gynecol. 2010;115(1):206-18. PubMed **PMID: 20027071**
- Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician. 2011;84(8):918-24. PubMed **PMID: 22010771**. **Texto completo**
- Brown J, Brown S. Ejercicio para la dismenorrea (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 2 Art no. CD004142. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). **Texto completo**
- Carr BR. Disorders of the ovary and female reproductive tract. En: **Melmed & Polonsky & Larsen & Kronenberg**. Wilson and Foster, editors. Williams Textbook of Endocrinology. 12th ed.Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2011. p. 733-98.
- Demers C, Derzko C, David M, Douglas J; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Gynaecological and obstetric management of women with inherited bleeding disorders. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(7):707-32. PubMed **PMID: 16100628**
- Fedorowicz Z, Nasser M, Jagannath VA, Beaman JH, Ejaz K, van Zuuren EJ. Beta2-adrenoceptor agonists for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD008585. PubMed **PMID: 22592732**. **Texto completo**
- Felix HM, Cervonka D. Dysfunctional uterine bleeding from the primary care perspective. JAAPA. 2012;25(4):47-9. PubMed **PMID: 22506337**
- Gomez Marcos M. Diagnóstico y tratamiento de la amenorrea en atención primaria. AMF. 2007;3(9):531-7. **Texto completo**
- Hickey M, Higham J, Fraser IS. Progestágenos versus estrógenos y progestágenos para el sangrado uterino irregular asociado con la anovulación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001895. **Texto completo**
- Kadir RA, Sharief LA, Lee CA. Inherited bleeding disorders in older women. Maturitas. 2012;72(1):35-41. PubMed **PMID: 22445218**
- Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Fármacos antiinflamatorios no esteroides para la dismenorrea primaria (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD001751. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). **Texto completo**
- Master-Hunter T, Heiman DL. Amenorrhea: evaluation and treatment. Am Fam Physician. 2006;73(8):1374-82. PubMed **PMID: 16669559**. **Texto completo**
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113(1):3-13. PubMed **PMID: 21345435**
- Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Anticonceptivos orales combinados (ACO) para el tratamiento de la dismenorrea primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD002120. **Texto completo**
- Smith CA, Zhu X, He L, Song J. Acupuncture for primary dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD007854. PubMed **PMID: 21249697**. **Texto completo**
- Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Am Fam Physician. 2012;85(1):35-43. PubMed **PMID: 22230306**. **Texto completo**
- Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PMS. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el síndrome premenstrual (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001396. **Texto completo**
- Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. Contraception. 2010;81(3):185-96. PubMed **PMID: 20159173**

Más en la red

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dysmenorrhoea [Internet]. 2009 [acceso 9/10/2013]. Disponible en: **<http://cks.nice.org.uk/dysmenorrhoea>**
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menorrhagia [Internet]. 2012 [acceso 9/10/2013]. Disponible en: **<http://cks.nice.org.uk/menorrhagia>**
- Royal College of Obstetrician and Gynaecologist. Management of Premenstrual Syndrome [Internet]. 2007 [acceso 9/10/2013]. Green-top Guideline No. 48. Disponible en: **<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-premenstrual-syndrome-green-top-48>**

Autora

- Jacinta Landa Goñi Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

CS Pozuelo-Estación. Pozuelo de Alarcón, Madrid. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la **[Página de cookies](#)**.

[Términos y condiciones](#) - **[Política de Privacidad](#)** |

