

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

Dr. CARLOS BACHMANN SANCHEZ (*)

RESUMEN

Se realizó el estudio en 500 colegialas adolescentes en edades comprendidas entre los 9 a 17 años con el fin de estudiar la hemorragia disfuncional.

La edad de las encuestadas así como la edad de la menarquia han sido similares, no se han encontrado diferencias significativas.

La duración de las menstruaciones para Lima, Tarma y Tarapoto han estado dentro de los límites señalados por los autores con tendencia a disminuir conforme progresan los ciclos.

El intervalo menstrual ha sido normal en su gran mayoría, la oligomenorrea característica en esta etapa ha sido poca con tendencia a disminuir conforme progresan los ciclos y la polimenorrea e hipermenorrea han sido escasas, pero que originó la consulta médica en menos del 10%.

INTRODUCCION

La hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia es muy difícil de precisar porque prácticamente no lle-

gan al hospital, clínica o consultorio médico, recibiendo simplemente tratamiento casero a base de sintomáticos.

Si esta hemorragia es abundante y preocupa a los padres, éstos recurrirán al especialista para su tratamiento el cual se realizará sin el debido diagnóstico anatomoclínico y siendo el tratamiento hormonal sustitutorio el de elección.

Esta hemorragia uterina disfuncional se hace presente por primera vez en la mujer durante la adolescencia con la iniciación de su menarquia o primera regla y según se dice es anovulatoria, sangrado que proviene de un endometrio en la que no existe relación con lesiones anatómicas del útero y que puede caracterizarse por una catamenia excesiva, hemorragia constante e intermitente, manchando a mitad del ciclo, descamación endometrial irregular o acortamiento de los intervalos entre las menstruaciones (1) y dicen los autores (12) que se debería a la falta de respuesta del endometrio a la acción hormonal normal o a la falta de respuesta ovárica a la acción hipofisaria normal.

(*) Médico Jefe del Hospital Maternidad de Lima. Profesor Asociado de la U. Cayetano Heredia.

Este cuadro correspondería al de metropatía hemorrágica descrito en 1915 por Schoeder (2), es decir una metropatía por persistencia de los folículos sin romperse, hiperplasia endometrial, ausencia de cuerpos amarillos y estimulación estrogénica anormal intensa y prolongada.

Es así que iniciamos el estudio en nuestro medio de la hemorragia disfuncional en chicas adolescentes para apreciar su incidencia y evolución.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro material humano está constituido por 500 estudiantes adolescentes en edades comprendidas entre los 9 y 17 años.

Se han estudiado 300 alumnas en Lima, que consideramos zona de costa para compararlas con 100 alumnas de Tarma que consideramos zona de sierra y 100 alumnas de Tarapoto que consideramos zona de selva, con el fin de descartar problema racial, nutricional o regional.

Las 300 alumnas de Lima se seleccionaron de 3 colegios: 100 fueron de

un colegio particular en la que se supone exista una condición socio-económica buena, 100 alumnas de una unidad escolar que supone una condición socio-económica media y 100 alumnas de un centro escolar sección primaria que supone una condición socio-económica baja.

Todas las alumnas llenaron sus formularios con ayuda médica, con los datos solicitados sobre todo: iniciación de las reglas, sangrado menstrual, cantidad, duración, tratamientos, etc.

Para obtener las encuestas se siguió el método de muestra simple al azar de conglomerado.

Los datos obtenidos fueron vaciados a planillones donde los resultados fueron evaluados y analizados estadísticamente.

RESULTADOS OBTENIDOS

La edad media de las estudiantes encuestadas ha sido de 13.15 ± 2.88 años para Lima; 14.56 ± 2.52 años para Tarma y 13.47 ± 1.41 años para Tarapoto. Tabla N° 1.

TABLA N° 1
EDAD DE LAS ENCUESTADAS

Edad	Total	Lima	Tarma	Tarapoto
	300	100	100	100
10	1	1	0	0
11	11	8	2	1
12	41	27	5	9
13	75	26	16	33
14	101	24	21	56
15	46	8	37	1
16	20	4	16	0
17	5	2	3	0
\bar{x}		13.15 ± 2.88	14.56 ± 2.52	13.47 ± 1.42

La edad media de la primera menstruación ha sido de 11.09 ± 2.50 años para Lima, 13.03 ± 1.70 años para Tarma y 12.32 ± 1.84 para Tarapoto.

Promedio general 12.52 años. Gráfica N° 1.

La duración media de las menstruaciones para Lima ha sido de: 5.36, 5.30, 5.00 y 4.93 días respectivamente para el I, II, III ciclos sucesivos. Gráfica N° 2.

La duración media de las menstruaciones para Tarma ha sido de: 4.42, 4.09, 3.88 y 3.78 días respectivamente para el I, II, III ciclos sucesivos. Gráfica N° 2.

La duración media de las menstruaciones para Tarapoto ha sido de: 5.20, 4.68, 4.31 y 4.53 días respectivamente para el I, II, III ciclos sucesivos. Gráfica N° 2.

Referente al intervalo menstrual, encontramos para Lima un ciclo normal en el 51, 74 y 83% para el II, III y ciclos sucesivos; 40, 16 y 6% para períodos prolongados y 6, 7 y 6% para períodos cortos. Gráfica N° 3.

En Tarma encontramos intervalo menstrual normal en el 75, 70 y 84% para el II, III, ciclos sucesivos: 3, 2 y 0% para períodos largos y 10, 16 y 2% de períodos cortos. 12% de chicas todavía no menstruaban. Gráfica N° 3.

En Tarapoto encontramos ciclos normales en el 79%, 71 y 83% para el II, III y ciclos sucesivos: 16.14 y 8% de períodos prolongados y 0, 6 y 0% de períodos cortos. Gráfica N° 3.

Respecto al sangrado menstrual según opinión de las propias encuestas, se encontró sangrado regular en mayor porcentaje, correspondiéndole a Lima el 70%; a Tarma el 51% y a Tarapoto el 50%.

La pérdida sanguínea ha sido poca en el 13% para Lima; 28% a Tarma y 27% a Tarapoto.

La pérdida sanguínea ha sido abundante en el 16% para Lima; 9% a Tarma y 23% a Tarapoto. Gráfica N° 4.

Esta pérdida sanguínea abundante en las tres regiones ha originado la consulta médica en el 13% en Lima, el 11% en Tarma y el 8% en Tarapoto, recibiendo tratamiento a base de pastillas e inyecciones.

El sangrado intermenstrual ha estado presente en el 13% en Lima, 30% en Tarma y 8% en Tarapoto.

El promedio de toallas usadas en los ciclos estudiados ha sido de 5.24 para Lima, 3.89 para Tarma y 4.21 para Tarapoto. Gráfica N° 4.

El promedio de peso de estas adolescentes ha sido de 44.30 Kgs. para Lima, 44.21 Kgs. para Tarma y 44.33 Kgs. para Tarapoto. Tabla N° 2.

La talla media encontrada ha sido de: 1.45 mts. para Lima, 1.43 mts. a Tarma y 1.52 mts. a Tarapoto. Tabla N° 3.

Estas adolescentes refirieron haber aumentado de peso recientemente, aumento que fue del 51% para Lima; 39% a Tarma y 61% a Tarapoto.

En cuanto al desarrollo de los senos, estos han desarrollado total o parcialmente en el 89% en Lima, 65% en Tarma y 93% en Tarapoto. Tabla N° 4.

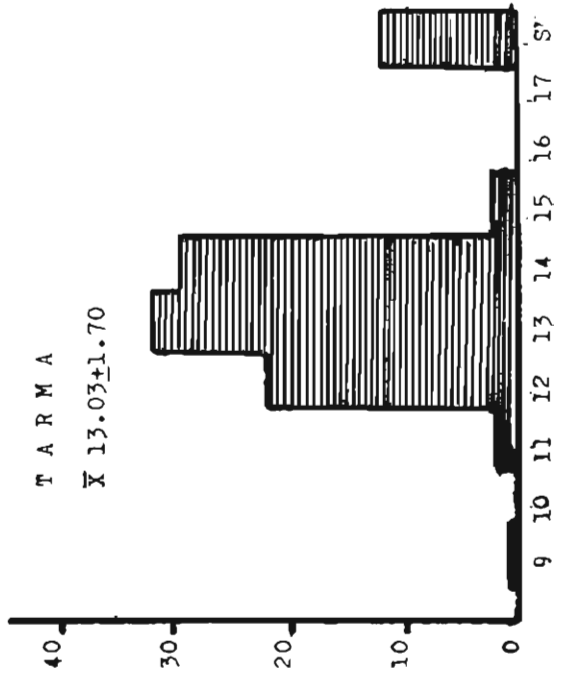
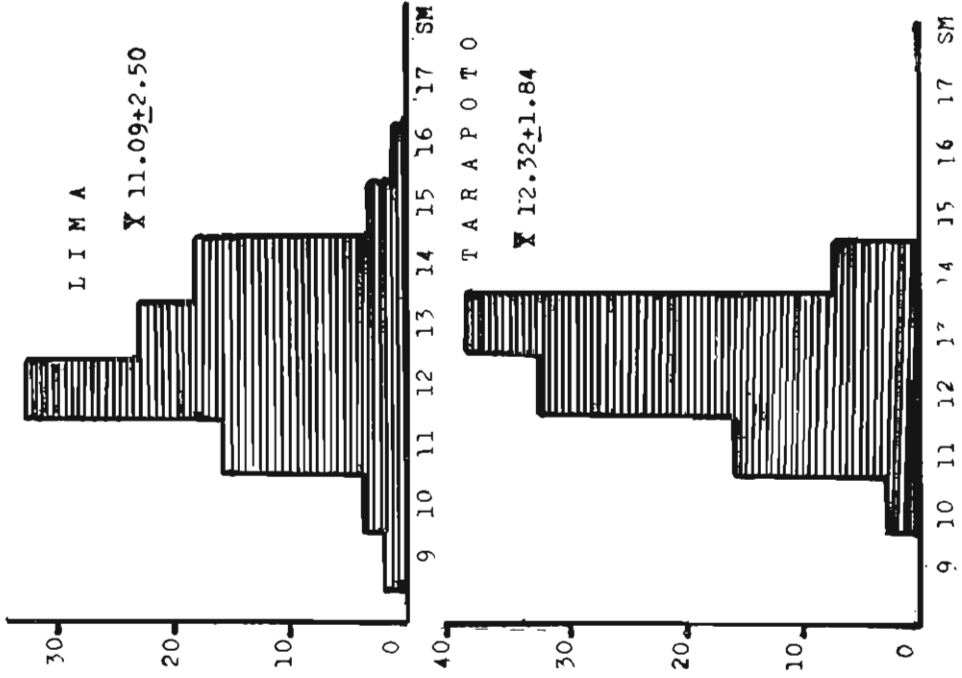
El promedio de hijos de estas familias ha sido de 5.79 hijos en Lima; 7.20 hijos en Tarma y 6.62 en Tarapoto. Tabla N° 5.

COMENTARIOS

El cuadro menstrual de la adolescente se caracteriza por su irregularidad.

GRAFICA N° 1

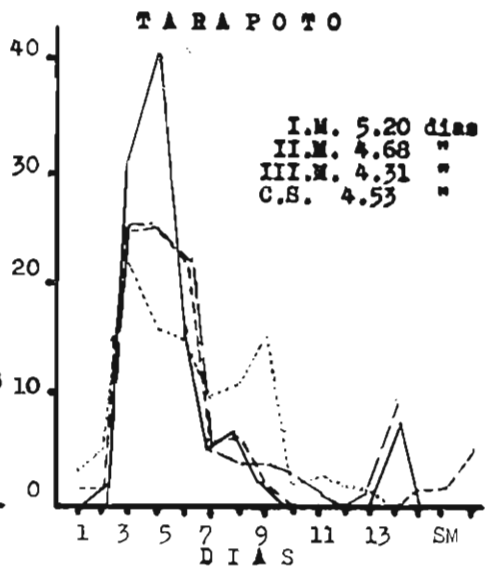
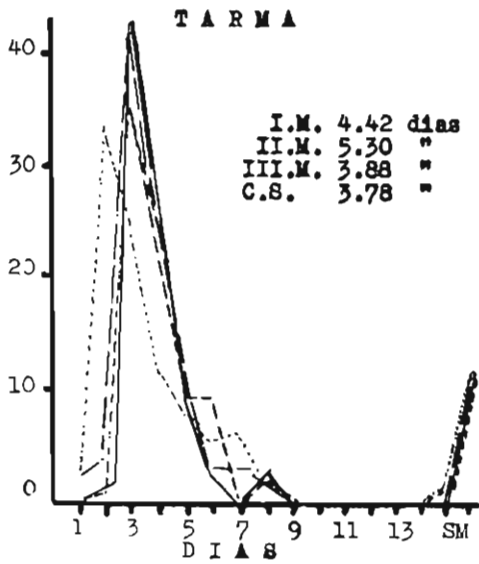
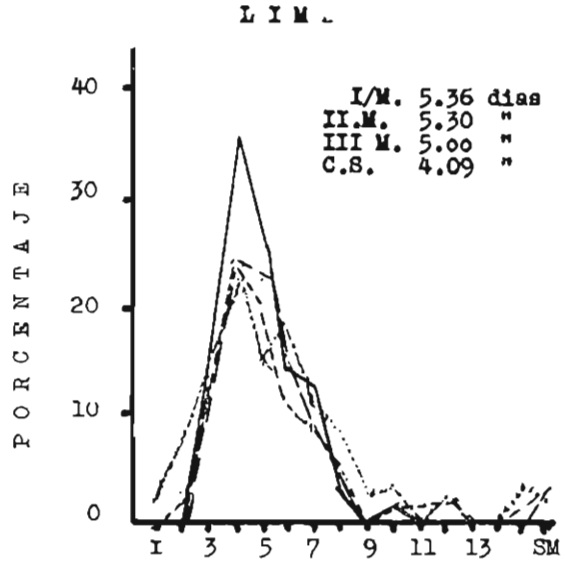
EDAD DE LA
PRIMERA
MENSTRUACION



GRAFICA N° 2

DURACION DE
LOS CICLOS
MENSENSTRUALES

I.M.
II.M. ----
III.M. - - - -
C.S. _____



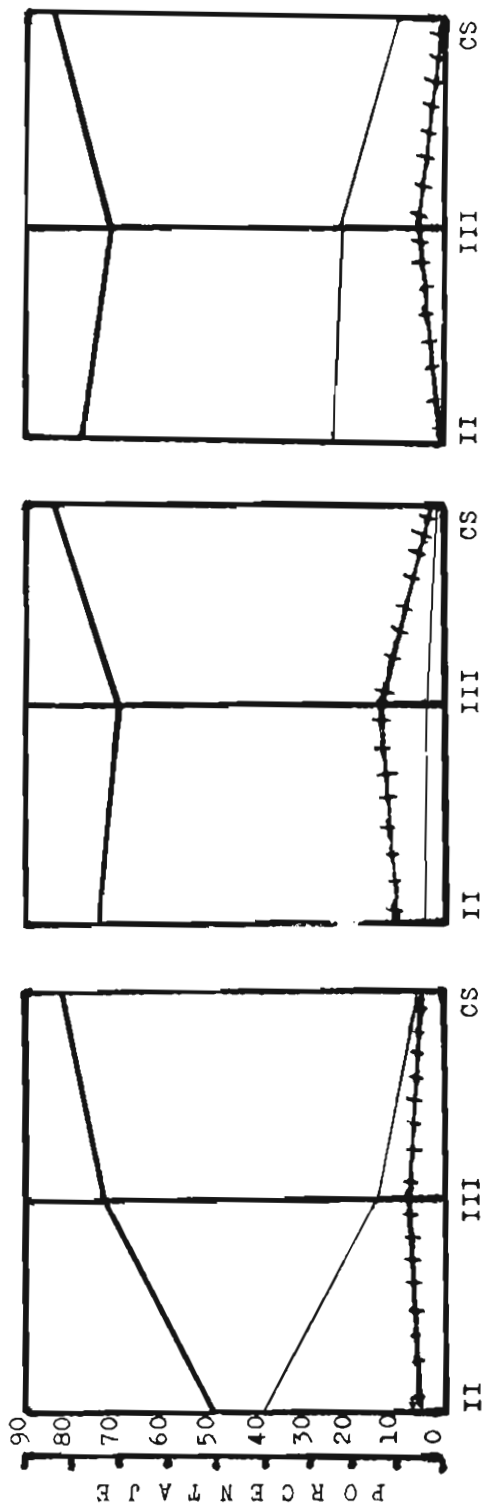
GRAFICA Nº 3

INTERVALO MENSTRUAL

LIMA

TARMA

TARAPOTO



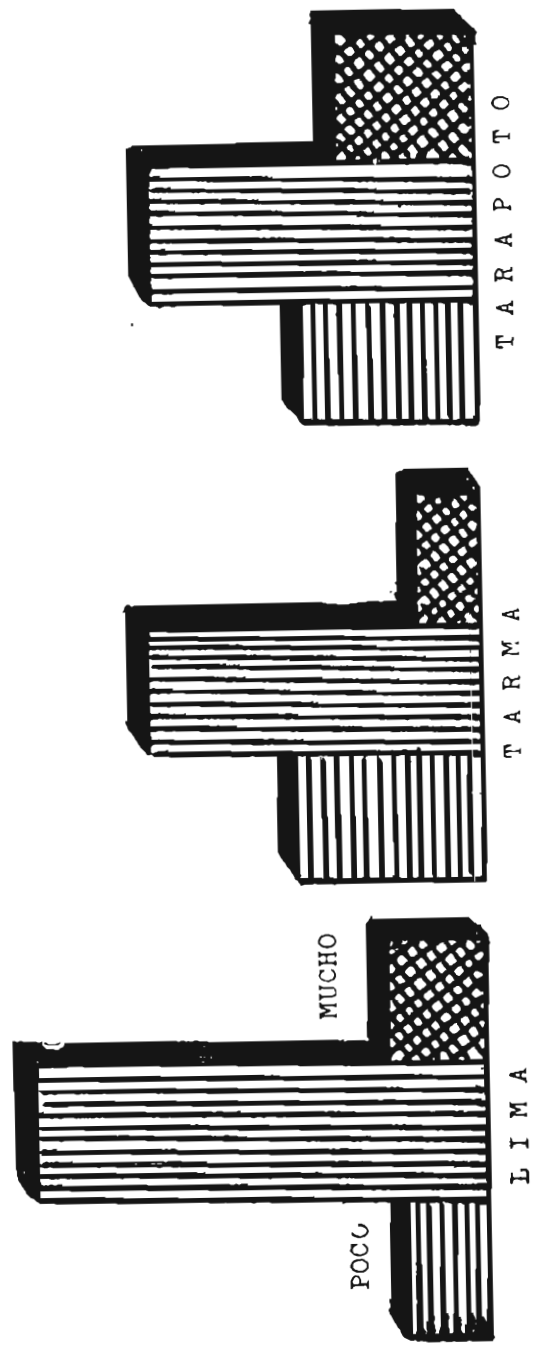
MENSTRUACIONES

90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

PERCENTAJE

SANGRADO MENS TRUAL

grafica n° 4



TOALLAS USADAS

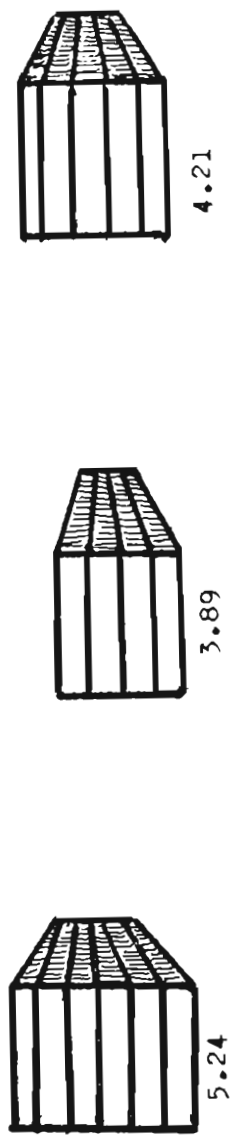


TABLA Nº 2

PESO DE LAS ADOLESCENTES

Kilos	Total	Lima	Tarma	Tarapoto
	300	100	100	100
31 a 40	73	27	28	18
41 ,, 50	160	38	51	71
51 ,, 60	50	26	14	10
61 ,, 70	8	6	1	1
71 ,, 80	1	1	0	0
Se ignora	8	2	6	0
\bar{X}		44.30	44.21	44.43

TABLA Nº 3

TALLA DE LAS ADOLESCENTES

Metros	Total	Lima	Tarma	Tarapoto
	300	100	100	100
— 1.50	123	52	60	11
1.50 — 1.59	144	37	28	79
+ 1.60	23	8	5	10
Se ignora	10	3	7	0
\bar{X}		1.45	1.43	1.52

TABLA Nº 4

DESARROLLO DE SENOS

	Total	Lima	Tarma	Tarapoto
	300	100	100	100
No Desarrollo	31	10	14	7
Desarrollados	177	43	47	87
Parcialmente	70	46	18	6
Se ignora	22	1	21	0

TABLA Nº 5
 NUMERO DE HIJOS

Hijos	Total	Lima		Tarma		Tarapoto	
	300	100		100		100	
1	6	3	3	0	0	3	3
2	12	6	12	2	4	4	8
3	29	17	51	5	15	7	21
4	22	12	48	5	20	5	20
5	42	13	65	11	55	18	90
6	37	8	48	13	78	16	96
7	48	16	112	21	147	11	77
8	33	4	32	14	112	15	120
9	31	11	99	13	117	7	63
10	17	3	30	9	90	4	40
11	14	6	66	4	44	4	44
12	6	0	0	1	12	5	60
13	6	1	13	2	26	0	0
20	1	0	0	0	0	1	20
X		5.79		7.20		6.62	

dad, estos primeros ciclos suelen ser anovulatorios debido a una disfunción ovárica, hemorragia irregular excesiva, escasa o demasiada duradera de origen endometrial. Esta hemorragia disfuncional se explica como un trastorno inespecífico en las vías normales del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio (3-4) que resulta de la falta de sincronización en el engranaje y el desengranaje de las ruedas dentadas hormonales en estos estadios (5).

La menarquia es un acontecimiento fijo en la adolescencia y que ha ido disminuyendo en las sociedades más ricas del mundo posiblemente a causa de las mejores nutriciones y salud general.

Antes del siglo XVIII era a los 18 la menarquia en el norte de Europa y desde entonces ha habido una disminución progresiva (6). La comprobación más reciente es la de Noruega que en 1850 la edad promedio para la menarquia era de 17 años en cambio en 1950 era de 13.5% (5).

En los Estados Unidos la edad de la menarquia es de 13 años con límites normales de 10 a 16.5% y en el norte de Rusia de 16.5%. (8-9).

Como vemos hay variaciones en la edad de presentación de la menarquia y es debido a que existen una serie de factores que van a incidir sobre su iniciación, se señala al factor socio-económico como el principal ya que se se-

ñala que la edad más avanzada de la menstruación es en las capas socio-económicas bajas que en las familias de clase media o alta, pues las mejores condiciones económicas significan dietas más adecuadas, pues cuando existen limitaciones alimenticias intensas hay retardo en su presentación.

También deben de considerarse la latitud porque refieren menstruación precoz en climas ecuatoriales y retardo en climas fríos, no debiendo olvidarse los factores hereditarios y los portadores de algunos síndromes genéticos.

Teniendo en cuenta todos estos hechos es que seleccionamos tres zonas del país: costa, sierra y selva, tres culturas distintas, tres climas diferentes, hábitos, costumbres y regímenes alimenticios disímiles, y es la costa donde la menstruación se hace presente más precozmente que en la selva de clima tropical y en la sierra, zona de altura y clima frío, todo esto nos hace suponer que es el factor socio-económico, mejor standard de vida y adecuada alimentación.

La menstruación normal aparece cada 3 a 6 semanas, dura de 1 a 7 días y la pérdida sanguínea no excede de 50 ml. En la hemorragia disfuncional todos estos caracteres son variables y no puede predecirse (11).

Respecto a la duración de la menstruación ésta también es variable y afecta a la serie de factores enumerados, se ha señalado de 4.61 a 5.12 días de duración (10).

Lo que nosotros hemos hallado es una disminución en los días conforme progresan los ciclos debido quizás a una mejor sincronización hormonal, apreciando que dura menos días en la sierra y mucho más en la selva.

En el período de 3 a 5 años que abarca desde la menarquia hasta la madurez, se caracteriza por grandes variaciones en la duración de los ciclos, períodos más o menos prolongado de amenorreas secundaria y flujo menstrual escaso. La frecuencia de períodos de amenorrea en esta etapa debe considerarse como un fenómeno natural y no exige necesariamente intervención terapéutica. Arey (12) observó variaciones de 7 a 265 días durante los primeros días, esta tendencia a la variación disminuyó a mitad de la adolescencia a 25 y 39 días y más aun al final de la adolescencia entre los 18 y 19 años.

En nuestro medio se han señalado variaciones que van de 5 a 360 días (10) con una media de 31.5 días y en la que el 80% estaba comprendida entre los 28 a 30 días.

Este estado se caracteriza por períodos de oligomenorrea sin embargo en nuestra serie hemos encontrado que los mayores porcentajes han correspondido a ciclos menstruales normales, cada 25-35 días.

Los períodos de oligomenorrea han sido más frecuentes en la costa y los períodos de polimenorrea más frecuentes en la sierra.

En las tres regiones del país, todas las estudiantes estuvieron de acuerdo de que la pérdida menstrual en cada ciclo había sido regular lo que podemos considerar como normal, estando de acuerdo con el número de toallas utilizadas aunque esto es muy subjetivo ya que depende del grado de higiene; hay quienes se cambiaban una sola vez al día cuando la menstruación era muy escasa, de aquella joven que se cambiaba cada vez que miccionaba]

Más tohallas se utilizaron en la costa y menos en la Sierra.

Respecto a la talla el crecimiento máximo suele ocurrir entre los 10 y 11 años y el desarrollo del cuerpo suele ser completo en término de tres años de la menarquia. Las niñas que menstrúan en edad temprana tienden a ser de talla corta o pícnica y las que presentan menarquia tardía suelen ser de talla alta o leptosómicas.

Sin embargo sabemos que nuestra población de sierra es corta por constitución aunque por el retardo en la presentación de su regla deberían ser altas.

Respecto al peso prácticamente no hay diferencias en los tres grupos de es-

tudio habiéndose notado un aumento gradual y progresivo en esta etapa de la vida habiéndose desarrollado los senos total o parcialmente en su gran mayoría.

Respecto a la hemorragia disfuncional en este período vemos que ha sido escasa de 9 a 23%, por la cantidad de sangre perdida que ha sido abundante y que tuvieron necesidad de tratamiento médico o por la presencia de reglas muy seguidas, estado éste que puede conducir a un estado de anemia si no se trata con tiempo.

Fatalmente estos cuadros en la adolescencia pasan desapercibidos y muchas veces se inician tratamientos sin haber llegado a un diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) WALLACH EDWARD E.: Fisiología de la menstruación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 366. 1970.
- 2) NOVAK E., G.S. JONES and H.W. JONES: Tratado de Ginecología. Cap. IV. Pág. 85. 8ª Ed. Ed. Interamericana. México.
- 3) ISRAEL ROBERT; DANIEL R. MISHEL Jr. y MARCO LABUDONICH: Mecanismo de la hemorragia uterina normal y disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 386. 1970.
- 4) BEER ALAN S.: Diagnóstico diferencial y análisis clínicos de la hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 434. 1970.
- 5) POVEY W.G.: Hemorragia uterina anormal en la pubertad y el climaterio. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. P. 474. Junio. 1970.
- 6) SOUTHAM ANNA L.: Trastornos menstruales. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 779.
- 7) JOSEPH DALY MICHEL: Desarrollo físico y psicológico de la adolescente. Clínicas Obstétricas y ginecológicas. Pág. 771.
- 8) BOTELLA LLUSIA JOSE: Endocrinología de la mujer. La Pubertad. Cap. XVI. Pág. 289. 3ª Ed. Científica Médico. Barcelona 1961.
- 9) BOTELLA LLUSIA JOSE: Ginecología. Tomo I. Cap. IV. Pág. 121, 6ª Ed. Ed. Científico Médico. Barcelona 1963.
- 10) LLANOS GREDY JUANA: La edad de la menarquia en escolares del Callo. Tesis de Bachiller 1970. U.N.M.S.M.
- 11) SOBRINHO L.G. y N. KASE. Aspectos endocrinos de la hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 400. 1970.
- 12) FLUHMAN: Tratamiento de los trastornos menstruales. Pág. 47. 1958. Ed. Interamericana.
- 13) ALTCHER ALBERT: Trastornos menstruales diferenciales en la adolescencia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 975. Dic. 1971.