

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

11226
45
24

UNIDAD ACADEMICA

CLINICA "GUSTAVO A. MADERO"

I.S.S.S.T.E.

TITULO

DETECCION DE LA FRECUENCIA DE DISMENORREA

TESINA

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MARIO MONSIVAIS HERNANDEZ

MEXICO, D.F

FEBRERO 1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
Epidemiología.....	3
Etiología.....	4
Cuadro clínico.....	8
Diagnóstico.....	10
Tratamiento.....	11
Planteamiento del problema.....	14
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Metodología.....	17
Resultados.....	19
Análisis.....	28
Conclusiones.....	30
Anexo # 1.....	31
Anexo # 2.....	33
Bibliografía.....	35

INTRODUCCION

Introducción.

La dismenorrea o menstruación dolorosa, es probablemente el más común de todos los trastornos ginecológicos de la mujer en edad reproductiva, en la que se conjunta una serie de signos y síntomas característicos, que manifestados en diferentes grados de intensidad, ocasionan malestares leves o intensos que pueden llegar hasta la incapacidad física transitoria y las consecuencias que padece la mujer que sufre dismenorrea no afecta exclusivamente a la paciente sino que tiene repercusiones importantes a nivel familiar, social, laboral, escolar, psicológicas y económicas. (1,2)

Se estima que es la mayor causa de ausentismo del trabajo y la escuela y que cada año representa más de 140 millones de horas desperdiciadas. La frecuencia varía, algunos autores señalan que el 72% de las mujeres postpúberes ha padecido esta enfermedad en alguna época de su vida. (3,4)

En una encuesta efectuada por el Dr. Gallo en nuestro medio y en mujeres entre 25 a 30 años de edad, encontró una frecuencia del 64% del que el 39% se refería a casos incapacitantes. (5)

Por lo anterior, aunque no sea un problema de consecuencias biológicas graves ya que no causa la muerte, sí es

una entidad que interfiere con la vida reproductiva de la mu -
jer y afecta a las opciones que tiene para obtener un bienes -
tar biopsicosocial completo.(6)

MARCO TEORICO

Historia.

Hasta hace pocos años se sabía muy poco sobre la etiología de este padecimiento, se le daba una importancia fundamental a factores psicológicos, vida sexual activa, mal posiciones uterinas, etc. Fué hasta el año de 1957 en que Pickles sugirió que existía relación entre las prostaglandinas contenidas en el flujo menstrual y la dismenorrea, y aisló del producto menstrual una substancia estimulante del músculo liso uterino, identificada después como prostaglandina. (7)

Epidemiología.

La frecuencia varía, algunos autores señalan que el 72% de las mujeres postpúberes ha padecido ésta enfermedad en alguna época de su vida. (4)

Otros autores opinan que después de la menarca más de la mitad de las mujeres tienen cierto grado de molestia y asciende al 10% la proporción de incapacitadas durante uno a tres días de cada mes. (1)

Otras encuestas realizadas en nuestro país, mencionan que mujeres en edades entre 25 a 30 años, presentaron una frecuencia del 64% y que de éste porcentaje un 39% de los casos, la dismenorrea era de tipo severa e incapacitante. (5)

Etiología

Acercas de los aspectos etiológicos se han propuesto muchas teorías para explicar la dismenorrea. Pueden intervenir diversos factores, pero sólo a últimas fechas se ha comenzado a comprenderse la fisiopatología. Se acepta que los calambres característicos de la dismenorrea se deben a una exagerada -- contractilidad uterina. Esta suposición tiene bases clínicas y científicas . Se sabe que la contractilidad de la musculatura lisa del útero es mediada por receptores alfa adrenérgicos y la estimulación de estos receptores depende, a su vez, de -- factores hormonales y psicógenos.

Actividad miometrial: Si aceptamos que la contractilidad uterina exagerada se acompaña de dolor dismenorreico, -- resulta entonces necesario explicar el mecanismo de la generación de estas contracciones. Se han estudiado los patrones de la contractilidad miometrial con potenciales eléctricos y mediciones directas. La mayor actividad se observa en la menstruación y la más baja en la fase folicular. Durante la menstruación, la contractilidad uterina es enérgica semejante a -- la del trabajo de parto, y se registran presiones intrauterinas de más de 100mmhg durante las contracciones, cuya frecuencia es de dos a cuatro minutos, con una duración de 30 a -- 60 segundos. (1)

Prostaglandinas: La etiología específica de la contractilidad uterina exagerada fué descrita originalmente por el trabajo de Pickles en un estudio de la producción endometrial de prostaglandinas. Bajo la influencia de la progesterona, el endometrio secretorio sintetiza prostaglandinas en particular la prostaglandina F2 alfa que causa contracciones de la musculatura lisa. Las prostaglandinas son un grupo de ácidos grasos endógenos hidroxiiinsaturados que tienen 20 carbonos con un anillo ciclopentano y dos cadenas laterales. Se ha demostrado que las prostaglandinas E2 y F2 alfa causan notable contractilidad del miometrio, y se encuentran en cifras máximas cuando se inicia la menstruación. (7, 8)

La correlación de las concentraciones aumentadas de prostaglandinas con el dolor de la dismenorrea resuelve aparentemente el enigma de la etiología de este trastorno. Una prueba adicional del papel etiológico de las prostaglandinas en el aumento de la contractilidad uterina que causa dismenorrea, es la eficacia terapéutica de los inhibidores de la prostaglandina sintetasa, de los cuales hoy en día se estudian clínicamente seis o siete. (1)

Factores endócrinos: La dismenorrea es más frecuente cuando son normales las reglas ovulatorias y el medio hormonal

sin indicios de un desequilibrio hormonal concomitante. Ya - que el estimulante normal de las contracciones uterinas es el estrógeno y su inhibidor normal la progesterona, se ha propuesto que durante la fase lútea antes de la menstruación se altera la proporción normal estrógeno/ progesterona. Sin embargo, los estudios no han demostrado este desequilibrio, y en la - biopsia o el raspado endometrial siempre se ha obtenido endo - metrio secretorio normal. (8)

Obstruictiva y anatómica: La obstrucción mecánica desempeña un papel etiológico en una pequeña proporción de los - casos. La expulsión tardía de la descarga menstrual debida a estenosis cervical o retro o anteflexión uterina agudas podría teóricamente causar la formación de coágulos y la distensión de la cavidad uterina. Este estímulo podría producir motilidad uterina y contracción muscular aumentadas, que se perciben como calambres. (1)

Psicógenos: A pesar de que muchas mujeres no experimentan molestia alguna durante la menstruación, puede considerarse como normal una sensación pelviana gravativa, de intensidad moderada, incluso calambres aislados. Los estudios doble - ciego, en los cuales se pide a la paciente que compare la eficacia de dos analgésicos para el tratamiento de la dismenorrea,

han demostrado uniformemente una notable mejoría con un placebo en el 20 al 50% de las pacientes. Por lo tanto, en el tratamiento de la dismenorrea nunca puede pasarse por alto el elemento psicológico. (1)

Otros autores opinan que la clásica mujer dismenorréica es una enferma delgada, ansiosa y activa que no ha tenido hijos. El parto sobre todo por vía vaginal, suele terminar con la dismenorrea de casi todas las mujeres. Esto puede deberse a que la dilatación del cérvix jamás permite que él mismo regrese al estado semidistendido propio de las nulíparas. Los factores nerviosos y musculares son más sencillos de explicar. La razón por la cual algunas mujeres sufren de dismenorrea más que otras, puede ser sencillamente por la diferencias que tienen para percibir el dolor. (13)

Constitucional: El factor de debilidad constitucional esta estrechamente vinculado con el grupo de causas puramente subjetivas. La anemia, pérdida deliberada de peso, la diabetes, las enfermedades crónicas, el exceso de trabajo o el estrés psicógeno pueden estar asociados con una disminución del umbral del dolor. (1, 13)

Clasificación

En la actualidad la dismenorrea se clasifica en primaria y secundaria. La dismenorrea primaria es un dolor menstrual pélvico que acompaña a la menstruación cuya causa física no es identificable y sus manifestaciones son dependientes de factores intrínsecos del propio útero. En forma característica el dolor comienza al iniciarse la menstruación y dura unas horas, aunque puede prolongarse por varios días. Esta dismenorrea primaria por lo general aparece durante el primer año después de la menarquía y afecta por lo menos a 50% de las mujeres en algún momento durante la vida reproductiva. La dismenorrea secundaria, es el dolor de la menstruación cuando hay otras afecciones pélvicas, se menciona que existe una causa orgánica en un 20% de todos los casos de dismenorrea. Habitualmente inicia después de la menarquía, algunas veces hasta la tercera o cuarta década de la vida. (14)

Cuadro Clínico

El cuadro clínico de la dismenorrea primaria se caracteriza por ser un dolor pélvico bajo, en la línea media, en forma de onda y tipo calambre que irradia hacia la espalda o hacia la parte superior de los muslos. El dolor suele ser de naturaleza espasmódica, pero en ocasiones se describe como una

molestia o pesantes en el abdomen bajo. El dolor pélvico puede acompañarse de numerosos síntomas, que incluyen náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, cefalea, vértigo, cansancio, síncope y nerviosismo. El dolor y sus síntomas acompañantes pueden obligar a la paciente a guardar cama uno o varios días de cada mes. Por lo general, los síntomas son más intensos el primer día de la menstruación y tal vez algunas mujeres resulten completamente incapacitadas. Esta sintomatología suele mejorar con la edad, sin embargo esta evolución no es de ninguna manera predecible. Con frecuencia, también cede después del parto, pero tampoco es posible confiar en ello. (1, 13, 14.)

El cuadro clínico de la dismenorrea secundaria es el dolor de la menstruación cuando hay otras afecciones oélicas, como endometriosis, miomas, los cuales pueden ser intramurales o submucosos, polipos endometriales y enfermedad inflamatoria pélvica. Es una dismenorrea adquirida y se debe a un factor de demostrable. Sin embargo en ocasiones puede ser muy difícil separar su sintomatología, ya que ambas pueden relacionarse con un efecto de las prostaglandinas. Otros autores refieren que el dolor en la dismenorrea secundaria es por retroposición uterina o el prolapso de los anexos y las adherencias que siguen a menudo a la inflamación, pudiendo resultar también en dismeno-

rrea. (13)

Diagnóstico

El diagnóstico básicamente es a través de un buen interrogatorio dentro de la historia clínica, así sabremos si se trata de una dismenorrea primaria o secundaria. Sin embargo - aunque la historia clínica de la paciente parezca corresponder a uno de los tipos de dismenorrea que existen se debe efectuar un exámen ginecológico. Buscando la presencia de nódulos o engrosamientos en el fondo de saco, la existencia de dolor en - los ligamentos sacrouterinos de los anexos y disminución de la motilidad de los ovarios, ya que uno de estos o ambos pueden estar adheridos a las paredes laterales de la pélvis. Examinar cuidadosamente en busca de pólipos, fibromas y otros tumores benignos que pudieran provocar dolor. Medir el tamaño del orificio cervical, ya que en caso de ser muy pequeño pueden quedar atrapados coágulos dentro del útero que den lugar a dolores de tipo cólico.

La endometriosis, posiblemente la causa más frecuente de dismenorrea secundaria, presenta una historia muy parecida a la dismenorrea primaria, el dolor inicia años después de la menarca y en forma gradual. La existencia de dolor bila-

teral en lugar de dolor en la línea media debe sugerir enfermedad inflamatoria pélvica. Al hacer el examen ginecológico buscar la presencia de empastamientos y dolor a la movilización del cuello uterino. (14)

Tratamiento

Terapéutica endócrina: Hay varias terapéuticas endócrinas de la dismenorrea, que revisaremos. Estrógenos, de los estudios del Dr. Sturgis y Albright que sugieren que al convertir un ciclo ovulatorio en un ciclo anovulatorio, muchas veces alivia el dolor que vendría con la menstruación próxima. Sin embargo este tratamiento está en desuso ya que las dosis de estrógenos a razón de 5 mgs al día producía mucha náusea. - Por estos inconvenientes los progestágenos sintéticos han substituido a los estrógenos como inhibidores de la ovulación. Basta para suprimir la ovulación una dosis pequeña, como de 2.5mgs diarios durante los primeros 25 días de cada ciclo. Con esta dosis los efectos colaterales son mínimos. Testosterona, solo tiene valor para el tratamiento de la dismenorrea cuando depende de endometriosis . (13)

Neurectomía presacra: Está indicada en ciertos casos extremadamente intensos de dismenorrea, excepcionales por lo -

demás, y renuentes a las medidas conservadoras, sin embargo en la actualidad con los nuevos medicamentos tiene poco uso. (1)

Los conocidos antiinflamatorios no esteroideos son inhibidores de la síntesis de prostaglandinas. El tratamiento de la dismenorrea con estos agentes es más efectiva cuando se trata a la paciente antes de iniciarse la menstruación. (12)

El tratamiento de este problema ha sido muy variado a través de la historia, actualmente va desde la psicoterapia en los casos leves, ayudándole a la paciente a aceptar su dolor, analgésicos como el acetaminofén, e incluso narcóticos - como la meperidina y la codeína, y los inhibidores de las prostaglandinas (fenoprofén, ibuprofén, ácido mefenámico, naproxén, etc.) que han dado resultados alentadores, por desgracia para un efecto adecuado deben administrarse antes de la fecha de menstruación y como todo fármaco tiene efectos colaterales. (11, 12.)

En 1983 el Dr. Vásquez Camacho, basándose en los factores causantes de la dismenorrea (uno de ellos) como es el vasoespasmo, la isquemia y la contractilidad del útero, es decir, actividades de la musculatura lisa vascular y miometrial a cuyos niveles se han descrito receptores de membrana muy semejantes a los coronarios. Por estas razones y conociendo que

la nifedipina ha resultado un magnífico vasodilatador coronario, que favorece la perfusión tisular y el consumo de oxígeno en los tejidos, inició un trabajo con la hipótesis de que si rompe el espasmo vascular coronario e impide la isquemia e hipoxia miocárdica, también lo hará a nivel uterino, mejorando el cuadro dismenorreico. Al término de su estudio concluye que los resultados eran buenos desde el punto de vista terapéutico. Por lo tanto existe otra alternativa de tratamiento después de saber los resultados de este trabajo. (10)

Con estos nuevos métodos farmacológicos, nunca será necesario el tratamiento quirúrgico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Dado que es uno de los padecimientos ginecológicos - más frecuentes en la mujer en edad reproductiva, como lo menciona Novak y Jones. La frecuencia según Dawood, Williams y - Wilkins, quienes señalan que el 72 % de las mujeres postpúberes ha padecido ésta enfermedad en alguna época de su vida. La frecuencia es aproximada a la encontrada por el Dr. Gallo en - nuestro medio, donde encontró un 64 % del que el 39 % se refería a casos incapacitantes.

Acerca de los aspectos etiológicos, se han propuesto muchas teorías, pero la más aceptada es la propuesta por el Dr. Pickles, relacionada con la producción endometrial de prostaglandinas. Basándose en éstos estudios se han dado tratamientos para inhibir la síntesis de prostaglandinas. Por lo tanto - éste padecimiento puede ser controlado y disminuir su frecuencia en nuestro medio.

De tal manera que es importante detectar éste padecimiento por parte del médico, para brindar un buen control y/o - orientar adecuadamente a las pacientes con éste problema y así - evitar que la enfermedad se considere como un problema habitual.

JUSTIFICACION

Justificación.

Por el hecho de que éste padecimiento es frecuente - ya que algunos autores señalan que el 72% de las mujeres post-púberes ha padecido ésta enfermedad en alguna época de su vida y afecta principalmente a mujeres nulíparas y adolescentes. (4

Otros autores opinan que después de la menarca más - de la mitad de las mujeres tienen cierto grado de molestia y - de cada 7 pacientes, una presenta incapacidad física, teniendo como consecuencia disminución de las actividades propias de la mujer. (1)

Esta patología ha sido estudiada por diferentes auto - res, mencionando que la frecuencia es similar a otros estudios y afecta mas frecuentemente al grupo de 25 a 30 años de edad.- (5)

Existen en la actualidad manejos para éste padeci - miento, desde los inhibidores de las prostaglandinas que tie - nen efectos adecuados, pero deben administrarse antes de la fe - cha de la menstruación, y el uso de calcio antagonistas, los - cuales han dado resultados alentadores, y por lo tanto pueden modificar la frecuencia de éste padecimiento. (10, 11,12)

Es importante diagnosticar esta enfermedad, para ini - ciar una orientación y manejo adecuado, y evitar que éste pro - blema se considere como una alteración habitual.

OBJETIVO (S)

Objetivo.(s)

- 1.-Determinar la frecuencia de dismenorrea en los de
rechohábientes de la clínica "Gustavo A Madero"
I.S.S.S.T.E.
- 2.-Identificar características por edad, paridad y ti
po de método anticonceptivo en relación con la -
dismenorrea.
- 3.-Identificar las características clínicas más im -
portantes de la dismenorrea.

METODOLOGIA

Metodología.

Se realizará un estudio descriptivo de corte trans -
versal, en derechohabientes del sexo femenino, que acudan a la -
consulta externa o que acompañen al paciente a la clínica "Gus -
tavo A Madero" I.S.S.S.T.E. durante el período comprendido del
10 al 30 de Agosto de 1989.

Criterios de inclusión.

- 1.-Pacientes del sexo femenino de 13 a 45 años que -
acudan por cualquier motivo a la consulta exter -
na de la clínica "Gustavo A Madero" I.S.S.S.T.E. y
que deseen participar en la entrevista.

Criterios de exclusión.

- 1.-Pacientes del sexo femenino menores de 13 y mayo -
res de 45 años.
- 2.-Pacientes que rehúsen participar o quienes no -
deseen contestar el cuestionario.
- 3.-Pacientes que estén bajo tratamiento de enferme -
dad inflamatoria pélvica aguda.

Variables.

Como variables de inicio de la investigación se tomará en cuenta la edad para identificar la frecuencia del padecimiento por grupo de edad, además de la ocupación, paridad y el tipo de método anticonceptivo en relación con la dismenorrea. Y se identificará las características clínicas más frecuentes.

Información a recolectar

Se iniciará con la aplicación de 100 cuestionarios, previa autorización de las pacientes que acuden a la consulta externa y/o que acompañen al paciente. El cuestionario se aplicará directamente por el investigador responsable, para aclarar las dudas que se presenten durante la entrevista.

La recolección de la información será mediante un cuestionario estructurado. Este consta de 9 puntos, datos generales, antecedentes ginecoobstétricos, semiología del dolor, como: tipo, intensidad, localización e irradiaciones del mismo, así como síntomas acompañantes, características del sangrado menstrual, y si há utilizado un tratamiento específico para éste padecimiento. (Anexo # 1 y # 2)

RESULTADOS

Resultados.

Se aplicaron en total 100 cuestionarios en pacientes del sexo femenino de 13 a 45 años de edad para la detección de dismenorrea en la clínica "Gustavo A Madero" I.S.S.S.T.E.

Se encontró que de las 100 pacientes entrevistadas - el 77% de ellas presentaron dismenorrea, y el restante 23% no presentó dicho padecimiento. (cuadro # 1)

Se realizó una distribución por grupo de edad de las pacientes entrevistadas, correspondiendo el grupo de 25 a 30 años como el más frecuente, con un 30%, siguiendo en frecuencia - el grupo de 31 a 35 años con un 25%, posteriormente aparece el grupo de 19 a 24 años con un 22%, en cuarto lugar de frecuencia el grupo de 13 a 18 años con un 10% y con una menor frecuencia los grupos de 36 a 40 y de 41 a 45 años. (cuadro # 2)

En relación a la paridad de las pacientes entrevistadas para la detección de dismenorrea, se encontró lo siguiente: que el 30% de las pacientes tenían de 1 a 2 embarazos, en un 23% con 3 a 4 embarazos, un 22% no habían tenido relaciones sexuales, el 15 % de las pacientes eran nulíparas, y el restante 10% correspondía a más de 4 embarazos. (cuadro # 3)

En el cuadro # 4 se puede observar el tipo de método anticonceptivo utilizado por las pacientes entrevistadas, encon

trándose que un 22% no tenían un método anticonceptivo y de éstos el más utilizado por éste grupo de pacientes fué el ritmo con un 22%, siguiéndole en frecuencia los hormonales orales con un 17%, dispositivo intrauterino y salpingoclasia con un 16% - respectivamente, y en último término los mecánicos con un 7%.

En la gráfica # 1 se observa la sintomatología acompañante más frecuente en éste grupo de pacientes, apareciendo - en primer término la distensión abdominal con un 49.3%, continuando en orden de frecuencia, el dolor en miembros inferiores con un 41.5%, mastalgia en un 36.3%, náusea 33.7%, cefalea 28.5% y el vómito con sólo un 9%. Aclarándose que en éste grupo de pacientes, algunas presentaron dos o más síntomas, tomándose en - cuenta el de mayor intensidad.

En relación a la semiología del dolor se encontró - que el tipo más frecuente fué el cólico con un 84.5%, en cuanto la intensidad, se presentó en grado moderado en un 35.1%, localizándose más frecuentemente en hipogastrio en un 54.8%, y con irradiación en un 32.5% y sin ella en un 67.5%. (cuadro # 5)

Otros datos importantes encontrados en la entrevista

en relación en grado de estudio, fué de educación media superior y superior en un 55%. En relación al estado civil de las pacientes entrevistadas un 58% eran casadas y un 42% solteras. En un 55% de las encuestadas éstas eran de clase trabajadora, 15% estudiantes y el resto dedicadas a las actividades propias del hogar.

CUADRO # 1

Frecuencia de la dismenorrea en 100 pacientes entrevistadas.

	# DE PACIENTES	PORCENTAJE
CON DISMENORREA	77	77%
SIN DISMENORREA	23	23%
TOTAL	100	100%

FUENTE : Cuestionario para recolección de datos.

CUADRO # 2

Distribución por grupo de edad.

GRUPOS DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
13 A 18	10	10%
19 A 24	22	22%
25 A 30	30	30%
31 A 35	25	25%
36 A 40	08	08%
41 A 45	05	05%
TOTAL	100	100%

FUENTE : Cuestionario para recolección de datos.

CUADRO # 3

Pacientes según su número de embarazos.

# DE EMBARAZOS	NUMERO	PORCENTAJE
SIN RELACIONES SEXUALES	22	22%
NULIPARAS	15	15%
DE 1 A 2	30	30%
DE 3 A 4	23	23%
MAS DE 4	10	10%
TOTAL	100	100%

FUENTE : Cuestionario para recolección de datos.

CUADRO # 4

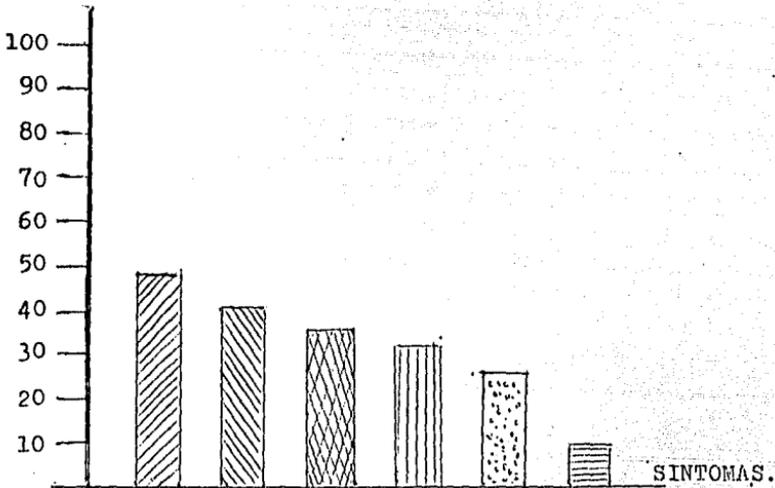
Métodos anticonceptivos utilizados.

METODO ANTICONCEPTIVO	NUMERO	PORCENTAJE
SIN METODO	22	22%
D.I.U.	16	16%
HORMONALES ORALES	17	17%
RITMO	22	22%
MECANICOS	07	07%
SALPINGOCLASIA	16	16%
TOTAL	100	100%

FUENTE : Questionario para recolección de datos.

GRAFICA # 1

Sintomas acompañantes.



	DISTENSION ABDOMINAL.....	49.3%
	DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES.....	41.5%
	MASTALGIA.....	36.3%
	NAUSEA.....	33.7%
	CEFALIA.....	28.5%
	VOMITO.....	9.0%

CUADRO # 5

Semiología del dolor.

	TIPO	INTEN- SIDAD	LOCALI- ZACION	IRRA - DIACION	PORCENTA- JE.
COLICO	65				84.5%
PESANTES	06				7.8%
PUNZANTE	05				6.4%
URENTE	01				1.3%
LEVE		24			31.1%
MODERADO		27			35.1%
SEVERO		26			33.8%
HIPOGASTRIO			45		54.8%
POSAS ILIACAS			30		36.6%
MESOGASTRIO			07		8.6%
CON IRRADIACIONES				25	32.5%
SIN IRRADIACIONES				52	67.5%

FUENTE : Cuestionario de recolección de datos.

ANALISIS

Análisis.

La población encuestada en éste trabajo, que fué de 100 en total, se encontró una frecuencia de dismenorrea en el 77% de los casos, lo que concuerda con los estudios realizados por algunos investigadores. (4,5)

Tomando en cuenta el grupo de edad, se encontró en éste estudio, con una mayor frecuencia el grupo de 25 a 30 años, correspondiendo éstos resultados a datos obtenidos por el Dr. Gallo en nuestro medio. (5)

En relación a la paridad de las pacientes entrevistadas para la detección de la dismenorrea, se encontró que el 30% de las pacientes tenían de 1 a 2 embarazos, lo que no concuerda con el estudio realizado por Kermit Krantz, el cual opina que el parto sobre todo por vía vaginal, suele terminar con la dismenorrea de casi todas las mujeres, esto puede deberse a que la dilatación del cervix jamás permite que el mismo regrese al estado semidistendido propio de las nulíparas.

De los tipos de métodos anticonceptivos, utilizados por las pacientes entrevistadas, el ritmo se relaciona más con la intensidad del dolor, comparados con el uso del dispositivo intrauterino, no encontrando alguna explicación al respecto.

Los síntomas acompañantes de la dismenorrea, que apa-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

recieron en forma más frecuente en el presente estudio, fueron: la distensión abdominal en un 49.3%, así como dolor de miembros inferiores y mastalgias, datos que no concuerdan en éste orden de frecuencia, con lo que mencionan otros autores. (1,13,14)

En relación al tipo de dolor, encontrado en el presente estudio, el 84.5% es de tipo cólico, y la localización del dolor se presentó más frecuentemente en hipogastrio en un 54.8%, lo cual es similar a lo encontrado por el Dr. Vázquez Camacho. (10)

Otro de los datos importantes encontrados fueron: que el 55% correspondían a la clase trabajadora, lo cual puede repercutir en las actividades laborales y económicas de las pacientes. (3,4)

CONCLUSIONES

Conclusiones.

En el estudio realizado, se encontró que la dismenorrea es un padecimiento frecuente en la población derechohabiente, en un 77%, apareciendo más frecuentemente entre los 25 a 30 años de edad, de las pacientes entrevistadas el mayor porcentaje tenían de 1 a 2 embarazos.

En relación a este padecimiento el método anticonceptivo más utilizado por este grupo de pacientes, fué el ritmo, no encontrando relación importante entre la dismenorrea y el dispositivo intrauterino.

Los síntomas acompañantes que aparecieron con más frecuencia en el presente estudio, fueron la distensión abdominal, dolor en miembros inferiores y la mastalgia.

Se confirmó lo dicho por otros autores, en cuanto al tipo de dolor y la localización del mismo, así como la importancia que tiene éste padecimiento en la clase trabajadora, ya que interfiere con las actividades laborales.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- DATOS GENERALES

Nombre: _____

Estado civil: _____

Expediente # : _____

Edad : _____

Grado maximo de estudios: _____

Ocupación : _____

2.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

Menarca: _____

Paras: _____

Ritmo : _____

Cesareas: _____

I.V.S.A.: _____

Abortos : _____

Gestas : _____

F.U.M. : _____

Métodos anticonceptivos: _____

Antecedentes quirurgicos ginecoobstetricos: _____

3.- TIPOS DE DOLOR.

Pesantes :.....()

Colico :()

Urente :()

Punzante :.....()

4.- INTENSIDAD DEL DOLOR.

Leve :.....()

Moderado :.....()

Severo :.....()

5.- LOCALIZACION DEL DOLOR.

6.- IRRADIACIONES DEL DOLOR.

Sin irradiación.....()

Con irradiación.....()

7.- SINTOMAS ACOMPAÑANTES.

Náusea.....()

Vómito.....()

Cefalea.....()

Distensión abdominal.....()

Mastalgia.....()

Dolor en miembros inferiores.()

8.- CARACTERISTICAS DEL SANGRADO MENSTRUAL.

Duración en días.....()

Escáso.....()

Abundante.....()

Con coagulos.....()

Sin coagulos.....()

9.- TRATAMIENTO UTILIZADO.

Punto # 1.- Sirve para identificar a la paciente.

Punto # 2.- Para saber el numero de gestas y el metodo anticonceptivo que utiliza la paciente.

Punto # 3.- Tipos de dolor;

-Pesantes: Se refiere a aquel dolor el cual la pa -
ciente refiere la sensación de traer algo pesado -
en el abdomen.

-Colico: Se describe como sensación de retortijon -
intestinal.

-Urente: Sensación de calor o sensación quemante.

-Punzante: Descrito como agudo, cortante, como una
puñalada.

Punto # 4.- La intensidad del dolor puede obtenerse por aproximaciones significativas, a base de las descripciones del paciente y de las observaciones del examinador.

-Leve: Dolor pre y / o transmenstrual tolerable, -
sin necesidad de analgésicos o antiespasmódicos y
acompañado o no de otros síntomas.

-Moderado: Dolor pre y / o transmenstrual no tolerable
y acompañado de otros síntomas.

-Severo: Dolor intenso incapacitante, intolerable y
acompañado de náusea, cefalea, distensión abdominal,
etc.

Punto # 5.- En él la paciente nos refiere donde es el sitio -
donde aparece o inicia el dolor.

Punto # 6.- La paciente nos informa si hay o no irradiaciones.

Punto # 7.- Son los síntomas que se presentan durante la dismenorrea.

Punto # 8.- Explica la duración habitual de menstruación en número de días, tomando la relación de escaso sin coágulos, y abundante con la presencia de coágulos.

Punto # 9.- Son los medicamentos que ha tomado habitualmente para el cuadro de dismenorrea.

1.-Novak E.R y Jones H.W.

Tratado de Ginecología, Décima edición, página 828, Interamericana, 1984.

2.-Kasser O.

"Las funciones sexuales específicas de la mujer", Tratado de Ginecología Tomo I, Interamericana, Página 401, 1974

3.-Dawood My (ed) Williams and Wilkins

"Dysmenorrhea", Baltimore 1981

4.-Yikorkala O., Dawood Y.M.

"NEW CONCEPTS IN DYSMENORRHEA", A.M.J. obstet gynecol 130,- 833- 1978

5.-Gallo M.R.

"Dismenorrea" ed. Litografica Mexicana Guadalajara Jalisco 1979, página 21

6.-Gaviño Ambriz, Gaviño Gaviño.

"Uso de un calcio antagonista en el manejo de la dismenorrea primaria", Ginecología y obstetricia de México. 1986. 54, páginas 208-210.

7.-Pickles V.R.

"A plain muscle stimulant in the menstruum", Nature, 18, - 1198-1957.

8.- Akerlund M.

"Pathophysiology of dismenorrhea", Acta obstet gynecol scand (suppl) 1979-87- 27.

9.- Forman A., Ulmsten U, Anderson K.E.

"Aspects of myometrial hiperactivity inhibition in primary dysmenorrhea", Acta obstet gynecol scand (suppl) 1983 113- 71- 76.

10.- Luis Vásquez Camacho.

"Tratamiento de la dismenorrea esencial con un vasodilatador coronario", Ginecología y obstetricia de México, Vol- 51- 315- Julio 1983.

11.- Martinez Alcalá, Casanova, Manzanilla.

"Eficacia y tolerancia del ácido mefenámico en la dismenorrea primaria", Revista médica del ISSSTE, Vol # 3- 1981

12.- Chan, Fritz, Andrea, Powell.

"Effects of naproxen sodium on menstrual and primary dysmenorrhea, Obstetric e gynecology; vol # 3 ,march 1983.

13.- Kermit Krantz, Millerck

"Dismenorrea: Colicos menstruales", Atención médica, nov- 1978- 14-23.

14.- Krupo.

"Dismenorrea", Diagnóstico clínico y tratamiento, 1987, ed. Manual moderno