

11237
126
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN

PEDIATRIA

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA
EN ADOLESCENTES**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A

DRA. MARTHA RODRIGUEZ GIL

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FRANCISCO FERNANDEZ PAREDES

DR. M. FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN



CIUDAD DE MEXICO
Servicios DDF
Médicos

1995

FALLA DE ORIGEN



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).

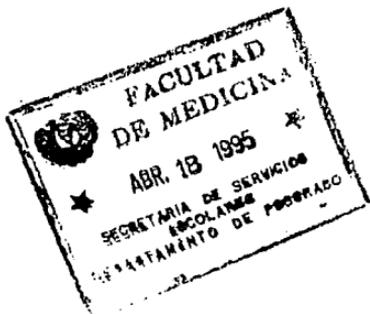
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

DR. M. FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE POSTGRADO EN PEDIATRIA
D.G.S.S.D.D.F.



DIREC. GRAL. SERV. DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.,
DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

DR. JOSE DE J. VILLALPANDO CASAS.
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE
LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO
FEDERAL



GRACIAS A DIOS
Por el don maravilloso de la vida.

Para Ustedes:

Paquita y Agustín porque durante toda la vida han estado siempre junto a mí, siendo ejemplo de responsabilidad, respeto, amor y entrega; han compartido los esfuerzos, alegrías, triunfos y fracasos; sobre todo por sus consejos y constante preocupación por los que en algún momento han sido mis pacientes.

Mónica, Marilú, Miriam y Agustín, queridos hermanos, que han sido aliciente y compañía en los instantes decisivos de mi profesión; por todo el apoyo que me han brindado, su amor y comprensión.

A Toño, Toñito y Diego, que forman parte de mi familia.

Lulú, Isabel, Araceli, Lety amigas y profesionistas médicos con quienes comparto esta alegría, responsabilidad y dedicación.

Maestros médicos, amigos, enfermeras y demás compañeros que durante mis 3 años de rotación he conocido y me han ayudado a comprender la Pediatría.

A los niños a quienes muy especialmente les ofrezco éste trabajo como reconocimiento de lo mucho que he aprendido de ellos y por la esperanza de que para ellos exista un mañana mejor gracias a lo que con nuestro trabajo vamos aportando como médicos.

Para mis familiares a quienes llevo conmigo, vivos y difuntos porque los valores y raíces que compartimos me han dado la fortaleza para luchar y obtener éste logro que también es suyo.

A todos los que de alguna manera han colaborado en la realización que se ve culminada con los esfuerzos de estos años, y que continuará durante toda la vida profesional, ahora como pediatra.

Las palabras me han quedado cortas, pero lo único que puedo decir es:

GRACIAS DE TODO CORAZON.

INDICE

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCION	2
3.	MARCO TEORICO	3
4.	MATERIAL Y METODOS	7
5.	RESULTADOS	8
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	11
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	13
8.	ANEXOS	15

RESUMEN

Se realiza un trabajo de investigación clínico, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, acerca de las características de la dismenorrea en adolescentes, de la consulta externa en la clínica del adolescente del Hospital Materno Infantil Inguarán, en un período de 4 meses.

En éste estudio se investiga la edad de mayor presentación del padecimiento, la edad cronológica, edad ginecológica y el estadio de Tanner, así como las características clínicas más frecuentes, a través de encuestas directas realizadas a las adolescentes.

El estudio comprendió a 12 pacientes con edades entre los 14 años y los 18 años y 1 mes, con edad promedio de 16 años 4 meses.

En cuanto a la edad de inicio de los síntomas se encontró bimodal, entre los 11 y 17 años; con promedio en los 13 años y 5 meses; mientras que la edad ginecológica al inicio de los síntomas varió entre los límites de 3 meses a 52 meses.

El síntoma cardinal fue el dolor abdominal que se acompañó de otros como náusea, vómito, cefalea, mastalgia, lumbalgia, calambres.

En cuanto a la clasificación de los grados de incapacidad física se encontraron más frecuentes al I y II grados con un 33.3% de la población afectada, respectivamente y en relación al III y IV grados en un 16.6% de la población respectivamente.

Se corroboró la presencia en 2 casos, como factor desencadenante principal, a través de ultrasonografía, de ovarios poliquísticos

Otros hallazgos clínicos que figuraron fueron desnutrición, obesidad y talla baja.

La terapéutica más empleada correspondió a los analgésicos, del tipo del ácido acetilsalicílico y dipirona.

Concluimos del presente trabajo que la dismenorrea sigue siendo un padecimiento que afecta a la mujer en edad reproductiva y repercute en su actividad laboral.

INTRODUCCION.

La dismenorrea es definida como el dolor tipo cólico en la parte baja del abdomen y dorso, que se relaciona temporalmente con el flujo sanguíneo menstrual y puede o no acompañarse de cefalea, náusea o diarrea (1). Es un síntoma común dentro de las alteraciones ginecológicas, y quizá una de las causas principales de pérdida de horas de trabajo en la mujer (3). Como causa de ausentismo en el trabajo y escuela representa más de 140 millones de horas desperdiciadas.

Los trastornos menstruales son comunes al principio y final del período fértil de la vida de la mujer, en los años perimenstruales existen problemas relacionados con el ciclo menstrual en pacientes adolescentes y que llegan a la atención del pediatra.

Dentro de la adolescencia la dismenorrea se ha vuelto más común conforme se incrementa la edad; inicialmente muchas adolescentes no solicitan ayuda médica hasta que los dolores menstruales llegan a ser intensos. (4,5)

En relación con la frecuencia de asistencia médica, en la población entre 13 y 14 años solo acude un 3% por éste problema, sin embargo se incrementa a 27% entre los 17 y 18 años de edad.

Dentro de la casuística en la clínica del adolescente ésta patología se encuentra entre las diez primeras causas de atención en la consulta externa. (6)

En nuestra investigación en el Materno infantil de Inguarán, donde se obtuvo la población a través de encuesta directa en la clínica del adolescente, en pacientes que acudieron por presentar dolor menstrual y en edades comprendidas entre los 10 y 19 años pretendimos dar respuesta a nuestras interrogantes respecto a este padecimiento: ¿En que edad se encontrará con mayor frecuencia éste padecimiento? ¿Cuál será la relación entre edad ginecológica, la edad cronológica y el estadio de Tanner?, ¿Cuáles son las características clínicas más sobresalientes?, ¿Cuál es la terapéutica popular más utilizada?, ¿Qué porcentaje de los casos pertenecerán a dismenorrea primaria y cuáles a dismenorrea secundaria?, ¿Cual será el grado de incapacidad presente en éstas pacientes?

Siendo el objetivo principal de nuestra investigación el describir las características clínicas sobresalientes de la dismenorrea en adolescentes.

MARCO TEORICO

Es muy frecuente que la menstruación se asocie a un malestar abdominal en forma de calambres,dolor de espalda y piernas.

Concepto.-La dismenorrea se define como el dolor tipo cólico en la parte baja del abdomen y del dorso,relacionandose temporalmente con el flujo sanguíneo menstrual,puede o no acompañarse de náusea,cefalalgia o diarrea (1,3,4,5).

Los trastornos menstruales son comunes al principio y final del periodo fecundo en la vida de la mujer. En los años perimenárrquicos existen problemas relacionados con el ciclo menstrual en pacientes adolescentes que suelen llegar a la atención del pediatra (5). Los primeros ciclos menstruales en las jovencitas son anovulatorios y generalmente indoloros; cuando la hemorragia vaginal no ocurre en un límite de edad determinado y ha sido precedido por desarrollo sexual secundario normal, el endometrio ha sido estimulado por estrógenos. La menarquia ocurre comunmente entre las etapas 3 y 4 de la telarquia y adrenarquia, el límite de edad de la adolescente para la menarquia es entre 11 y 15 años de edad. (13).

La dismenorrea primaria es la más común y aparece en los ciclos menstruales ovulatorios,es menos problemática en los 2 primeros años que siguen a la menarquia por ser generalmente anovulatorios, incrementando al transcurrir la adolescencia. Es probablemente el más común de todos los trastornos ginecológicos de la mujer en edad reproductiva que conjunta signos y síntomas característicos,y manifestado con diferentes grados de intensidad, ocasionando malestares leves a intensos que pueden llegar hasta la incapacidad física transitoria y no solamente afectar en exclusiva a la paciente pues tiene repercusión importante familiar, social, escolar, laboral, psicológica y económica.(1,2)

La frecuencia varía señalándose por algunos autores que el 72% de mujeres postpúberes han padecido de ésta enfermedad en alguna época de su vida (3,4). Se estima que es la mayor causa de ausentismo del trabajo y escuela,representando más de 140 millones de horas desperdiciadas.

En 1957 Pickles sugirió que existía relación entre las prostaglandinas contenidas en el flujo menstrual y la dismenorrea, y aisló del producto menstrual una sustancia estimulante del músculo liso uterino, identificada después como prostaglandina.(8)

ETIOLOGIA.

Hasta hace algunos años se sabía poco de ello, dándose importancia fundamental a factores psicológicos, vida sexual activa, malposiciones uterinas, etc.

En las últimas fechas se ha comenzado a comprender la fisiopatología para explicar la dismenorrea. Se acepta que los calambres característicos de la dismenorrea se deben a una exagerada contractilidad uterina, la contractilidad de la musculatura lisa del útero es mediada por receptores alfa adrenérgicos y la estimulación de éstos receptores depende, a su vez, de factores hormonales y psicógenos. En el estudio de patrones de contractilidad miometrial con potenciales eléctricos y mediciones directas, corresponde durante la menstruación a la mayor actividad, y la más baja se encuentra 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 100 mmHg durante las contracciones, cuya frecuencia es de 2 a 4 minutos con duración de 30 a 60 segundos. (1).

La etiología de la contractilidad uterina exagerada en relación a la producción endometrial de prostaglandinas fue investigada, encontrando que bajo la influencia de la progesterona el endometrio secretorio sintetiza prostaglandinas, particularmente F2 alfa que causa contracciones de la musculatura lisa. (5).

Se ha demostrado que las prostaglandinas E2 y F2 alfa causan notable contractilidad del miometrio, encontrándose en cifras máximas cuando se inicia la menstruación (8,9). Prueba adicional de su papel etiológico es la eficacia terapéutica de inhibidores de la prostaglandina sintetasa. (1).

La dismenorrea es más frecuente cuando son normales las menstruaciones ovulatorias en el medio hormonal sin indicios de desequilibrio hormonal concomitante.

El papel etiológico en una pequeña proporción de los casos es por obstrucción mecánica con la expulsión tardía de la descarga menstrual debida a estenosis cervical, retro o anteroflexión uterina agudas. este estímulo podría producir motilidad uterina y contracción muscular aumentadas percibidas como calambres. (1).

La anemia, pérdida de peso, diabetes, enfermedades crónicas, exceso de trabajo o estrés pueden asociarse a disminución del umbral al dolor.

Por interés clínico en la actualidad se ha clasificado en:

I Dismenorrea primaria - en la cual se encuentra dolor en ausencia de lesión pélvica perceptible; siendo un dolor menstrual pélvico que acompaña a la menstruación cuya causa física no es identificable y sus manifestaciones son independientes de factores intrínsecos del propio útero.

El dolor comienza al iniciarse la menstruación y dura unas horas, aunque puede prolongarse por varios días. Por lo general aparece durante el primer año después de la menarquia y afecta por lo menos al 50% de las mujeres. Se divide en:

a) Leve.- en el que el primer día de hemorragia menstrual transcurre con pocos síntomas agregados y no se interfiere en las actividades diarias. Corresponde al estadio I, ocasional y no incapacitante.

b) Moderada.- presente en los 2 a 3 primeros días de la menstruación y se acompaña de malestar general, diarrea, cefalalgia y otros. Se menciona la necesidad de recostarse unas horas el primer día o llegar a faltar a la escuela pero no todos los meses. Corresponde al estadio II frecuente pero no incapacitante, y estadio III ocasionalmente incapacitante.

c) Grave.- dolor cólico intenso que dura entre 2 a 7 días e interfiere con las actividades diarias y se acompaña de sintomatología gastrointestinal(5). Corresponde al estadio IV incapacitante.

II. Dismenorrea secundaria.- en la que se encuentra presente una anomalía pélvica subyacente, se menciona que existe una causa orgánica en un 20% de todos los casos de dismenorrea; habitualmente se inicia después de la menarquia, algunas veces hasta la tercera o cuarta décadas de la vida.(13,5).

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 a 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 pesantéz en la parte del abdomen bajo. Puede acompañarse de numerosos síntomas que incluyen náusea, vómito, anorexia, diarrea, cefalea, vértigo, cansancio, síncope y nerviosismo. El dolor y síntomas acompañantes obligan a guardar cama; por lo general los síntomas son más intensos en primer día de menstruación y tal vez algunas mujeres resulten completamente incapacitadas, la sintomatología mejora con la edad, sin embargo la evolución no es de ninguna manera predecible.

Durante la adolescencia la dismenorrea se ha vuelto más común conforme se incrementa la edad, inicialmente muchas adolescentes no solicitan consulta médica hasta que los dolores menstruales llegan a ser intensos. En el cuadro clínico de dismenorrea secundaria existe otra afectación pélvica, como endometriosis; miomas, que pueden ser intramurales o submucosos; pólipos endometriales, presencia de nódulos o engrosamientos, fibromas o tumores y también conviene buscar enfermedad pélvica inflamatoria como un factor demostrable (10,11,13).

De la dismenorrea primaria se habla que en Suecia ocupa la población femenina hasta los 19 años en un 72% de las cuales un 38% se ve afectada en su actividad diaria. En los Estados Unidos de América ocupa la población entre 17 años en un 60%, siendo un 39% de ellas de 12 años y un 72% de 17 años, con un 25% de ausentismo escolar ocasionado por la dismenorrea. En relación con la frecuencia de asistencia médica la población entre 13 y 14 años solo en un 3% acudía por este problema, sin embargo se incrementa hasta 27% en adolescentes entre 17 y 18 años.(5).

Un estudio hecho en Singapur en 1992 en relación con la dismenorrea de mujeres entre los 15 a 54 años revela que el dolor menstrual tiene una frecuencia entre 51.3% con una baja frecuencia y baja severidad en mujeres maduras y con menarca tardía. De ellas mayormente eran estudiantes, en general su actividad laboral se había visto afectada.(16).

En agosto de 1982 Greydanus y col. publican un artículo en el que mencionan a la dismenorrea dentro de los principales desordenes o alteraciones menstruales en adolescentes, así mismo dan importancia al acercamiento médico especializado, a la historia clínica y exámen ginecológico así como la confianza de la adolescente a su médico, concluyendo que es mucho lo que se puede hacer por las adolescentes.(14).

En encuestas realizadas en nuestro país por el Dr. Gallo se menciona a mujeres entre 25 y 30 años con una frecuencia de presentación del 64% y que de éste un 39% de los casos de dismenorrea era de tipo severa e incapacitante.(6)

Dentro de la estadística en la clínica del adolescente se encuentra entre las primeras 10 causas de atención en la consulta externa. En 1991 ocupó el 9º lugar de la consulta médica en la clínica del adolescente; en 1992 llegó al 8º lugar y en ambos ocupó la 2º causa de consulta ginecológica en la clínica del adolescente.

No es un problema de consecuencias biológicas graves ya que no causa la muerte pero si interfiere en la vida reproductiva de la mujer y en ocasiones impidiendo un completo bienestar biopsicosocial.(7).

En el tratamiento actualmente se utilizan los inhibidores de las prostaglandinas: ibuprofen, ácido mefenámico, naproxen, etc.; por el momento con resultados satisfactorios y son administrados antes de la fecha de menstruación. (11,13).

MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio clínico observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, llevado a cabo en la consulta externa, en la clínica del adolescente del materno infantil Inguarán, durante los meses comprendidos entre septiembre y diciembre de 1994, nuestro estudio de dismenorrea realizado en 12 pacientes que comprendieron nuestra población, obtenidas a través de encuestas directas entre jóvenes de 10 a 19 años, a quienes se invita a que participen en la investigación; para determinar el tipo de dismenorrea, quedaron eliminadas quienes no acudieron a la consulta o quedaron embarazadas, o bien no desearon participar en ésta investigación.

Nuestro diseño no es experimental, las variables definidas son: edad cronológica, edad ginecológica al inicio de la sintomatología; menarca, tiempo de evolución del dolor, molestias más frecuentes, ritmo menstrual, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, intensidad de las molestias y grado de incapacidad, dentro de los exámenes solicitados la biometría hemática, coproparasitoscópico, exámen general de orina, cultivo de secreción vaginal, ultrasonografía abdominal y la terapéutica previa utilizada.

La muestra fue obtenida de la consulta externa, con invitación hacia aquellas adolescentes con dolor menstrual. En la primera entrevista se realiza la encuesta y exploración física, así como ginecológica con lo que se definen los estudios por solicitar. Dicha entrevista la realiza el médico en horarios hábiles de consulta, se emplean estuche de diagnóstico, estetoscopio, baumanómetro, abatelenguas, báscula y estadímetro, bata y sábana de pacientes, mesa de exploración, la ayuda de una enfermera o asistente de consultorio, hojas de encuesta, lápiz, pluma, máquina de escribir, requisiciones de laboratorio y radiológicos, gráficas de ciclos menstruales.

En la siguiente consulta, previa cita, se solicitan los resultados de laboratorio, y la asistencia del familiar responsable. Se establece el diagnóstico presuntivo, en caso necesario el apoyo de gabinete, así mismo se establece la terapéutica a emplear.

Los resultados obtenidos se representan en barras, gráficas de pastel, polígonos de frecuencia y cuadros.

RESULTADOS

El estudio comprendió 12 pacientes entre 14 y 18 años 1 mes de edad; entre los meses de septiembre a diciembre de 1994.

Las edades comprendidas en el inicio de la sintomatología fueron entre los 11 y 17 años; con promedio de inicio de la sintomatología en 13 años 5 meses y de asistencia a la consulta a los 16 años 4 meses.

Diez de las pacientes se encontraron en estadio V de Tanner al momento de la entrevista (83.3%) y 2 de ellas en estadio IV (16.6%).

La edad ginecológica al inicio de la sintomatología comprendió entre los 3 meses hasta los 52 meses, con un promedio de 21 meses.

El rango de ritmo menstrual comprendió once pacientes con 28 a 30 días x 3 a 6 días; y una de ellas con irregularidad menstrual.

Dos de las entrevistadas habían iniciado vida sexual activa a los 16 años; una de ellas producto de abuso sexual. Diez de ellas no habían iniciado vida sexual activa (83.3%).

Dentro de la sintomatología se encontró aunado al dolor abdominal, como síntomas principales: náusea en un 58.3%; cefalea en un 41.6%; vómito en un 33.3%; mastalgia en un 33.3%; así como otros síntomas entre ellos diarrea, lumbalgias y que ocuparon un 8.3% de la población estudiada.

Por el grado de incapacidad física encontrado obtuvimos los siguientes porcentajes de presentación en cada uno de ellos: para el estadio I de incapacidad física con 4 pacientes un 33.3%; en el estadio II de incapacidad, también con 4 pacientes un 33.3%; en tanto que para los estadios III y IV de incapacidad física encontramos respectivamente 2 pacientes en cada uno, con un 16.6% de la población estudiada.

Encontramos por edad cronológica el siguiente porcentaje, basándonos en el grado de incapacidad presente, y la cantidad de pacientes en dicha edad: para el rango de edades entre los 14 y 15 años con 3 pacientes un 25%; para el rango entre los 15 años 1 mes a 16 años se contó con una paciente correspondiendo a un 8.3% de la población; en tanto que para las edades en el rango de 16 años 1 mes a 17 años se encontraron 3 pacientes correspondiendo a un 25%; mientras que de los 17 años 1 mes a los 18 años se presentaron 4 pacientes con un 33.3% ; finalmente en el rango de 18 años o más se encontró solamente una paciente que correspondió al 8.3% de la población estudiada.

Para la edad de presentación de la menarca la encontramos como sigue: correspondiendo a un 50% de la población estudiada con un total de 6 pacientes la edad de 11 años; en tanto que con un 41.6% para la edad de 12 años se encontraron 5 pacientes; y en 8.3% de la población correspondiendo a una sola paciente para la edad de 15 años. El promedio de edad de la menarca en nuestra población correspondió a los 11 años y 7 meses.

Dentro de la terapéutica más frecuentemente empleada se encontró: que los analgésicos del tipo ácido acetilsalicílico o dipirona, ocuparon hasta un 58.3% de la población como forma de tratamiento; en tanto que los antiinflamatorios se presentaron en un 50% ; para los hormonales correspondió un 33.3% de la población y en el uso tanto de antiespasmódicos, el tratamiento empírico o que no se había utilizado ningún tratamiento previo encontramos a un 16.6% de la población entrevistada.

También observamos que inclusive había combinación de cualquiera de estos medicamentos en una sola paciente; llegando a la utilización de combinaciones con 3 de ellos como máximo.

De los estudios paraclínicos encontramos:

Biometrías hemáticas realizadas	8	normales
Exámen general de orina	8	normales
Coproparasitoscópicos	6	negativos
VDRL	2	negativos
Cultivo de secreción vaginal	2	negativos
Ultrasonografía abdominal	6	(2 con ovarios poliquísticos).

De las patologías agregadas encontramos : que 2 pacientes presentaron talla baja; así mismo en 2 pacientes se encontró desnutrición de I grado; una paciente con obesidad I grado y en un solo caso encontramos mastopatía fibroquística bilateral.

Correlacionamos el promedio de edad de la menarca con el promedio de edad ginecológica encontrándose los siguientes porcentajes: menor de 11 años 7 meses de edad cronológica y menor de 21 meses de edad ginecológica a 2 pacientes correspondiendo a un 16.6%; mayor de 11 años 7 meses de edad y mayor de 21 meses con un total de 3 pacientes se encontró de 25%; para la edad cronológica menor de 11 años 7 meses y mayor de 21 meses de edad ginecológica con 3 pacientes también un 25%; mayor de 11 años 7 meses y menor de 21 meses con 4 pacientes un 33.3% de la población estudiada.

Para la edad cronológica en la primera consulta encontramos los siguientes porcentajes:

14 años	3 pacientes	25%
15 años	0	0
16 años	3 pacientes	25%
17 años	4 pacientes	33%
18 años	2 pacientes	16.5%

Dentro de la consulta en la clínica del adolescente encontramos los siguientes porcentajes de asistencia por el problema de dismenorrea:

En el mes de septiembre ocupó un 23% de la consulta ginecológica y un 2.8% de la consulta general

En octubre ocupó un 20% en consulta ginecológica con un 3.4% de la consulta general.

En noviembre con un 25% en consulta ginecológica y un 6.5% de la consulta general.

En diciembre con un 22.7% en consulta ginecológica y un 6.8% de la consulta general.

En la casuística de éste cuatrimestre ocupó un 23.1% de la consulta ginecológica con un 4.7% de la consulta general de adolescentes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Considerando a la edad de presentación de la menarca y el inicio de la dismenorrea posterior a los 2 primeros años, nuestros resultados se encuentran dentro de lo referido por la literatura, siendo el promedio de la edad ginecológica al inicio de la sintomatología en el límite superior con 21 meses en nuestro reporte.

De la investigación referida en México por el Dr. Gallo respecto al grado de incapacidad encontrado en la población adulta, nuestros resultados manifiestan porcentajes menores.

El 33% de nuestros pacientes se ve afectada en su actividad diaria coincidente con lo reportado en un estudio de Suecia.

La edad de mayor afectación en nuestra población ocurre entre los 17 y 18 años con un 33% mientras que en el rango de edades entre los 14 a 15 años y de los 16 a 17 años correspondió a un 25% respectivamente difiriendo de los mostrados en reportes de Estados Unidos.

Para la edad de atención encontramos semejanza a los 17 años con un 33%; sin embargo el porcentaje en edades menores es mucho mayor que en Estados Unidos.

Uno de los principales obstáculos para la detección de esta patología estriba en la información sobre el desarrollo y parámetros normales de tipo menstrual dentro de las adolescentes, situación que de alguna manera se ha venido modificando con la información que ya se viene dando a nivel secundaria, y que coincide con las edades entre 12 y 15 años. Es muy importante la labor que se realiza en nuestra clínica del adolescente ya que con las visitas a nivel escuela secundaria y preparatoria se influye en la educación para la salud en éste aspecto de la sexualidad de la adolescente. Así mismo observamos de nuestras pacientes cerca del 75% ya había iniciado el manejo medicamentoso, o su estudio clínico en alguna ocasión, sin embargo no existía la seguridad de que se tratase de un problema de dismenorrea primaria.

De los estudios de laboratorio realizados nos encontramos en rangos de normalidad, únicamente como hallazgos ultrasonográficos en 2 casos ambas pacientes de 14 años y medio, una de ellas con dismenorrea grado I y otra con dismenorrea grado IV, se reportaron ovarios poliquísticos bilaterales.

No fue factible realizar al 100% los paraclínicos solicitados, por lo que no es posible hablar que el total de nuestras pacientes cursa con dismenorrea primaria al momento del cierre de nuestro estudio.

Como lo refiere la literatura otras patologías que de alguna manera se observan asociadas o con influencia en el grado de incapacidad física por disminución del umbral al dolor, son la desnutrición y obesidad; en nuestras pacientes observamos que cursaban con dismenorrea de grado I y II.

Con este trabajo concluimos que si es significativo el problema, y que influyen para su detección la educación sexual en las adolescentes y los conceptos de normalidad que se tienen, así mismo la necesidad de dar la información personal calificado a nivel de pláticas en escuelas y de ésta manera aclarar las dudas o canalizarles en forma correcta. Muy importante el estudio integral de cada adolescente para detectar la problemática de tipo orgánico de base, si existiera, o bien con influencia en la aparición de la sintomatología.

De los principales problemas que tuvimos en la realización del presente trabajo, uno de ellos es la asistencia a la consulta externa ya que coincide con el horario de clases; otro de ellos lo es la dificultad en llevar continuidad en el estudio, por parte de las adolescentes; la idea en general que se tiene de la dismenorrea como problema de salud que "pasará conforme avanza la edad", o bien que cede con utilización de tizanas, inicio de vida sexual activa o bien que no tiene resolución. El horario de consulta de la clínica del adolescente es únicamente matutino y con una amplia población que cubrir.

Aún quedan muchos aspectos por cubrir, uno de ellos en el seguimiento de los casos la respuesta a la terapéutica utilizada así como mejoría de la incapacidad física ocasionada; el aspecto psicológico que en la adolescente se manifieste en su vida familiar y social, así como la repercusión en sus actividades escolares y aprovechamiento; la influencia que tiene la educación sexual con temas específicos en menstruación e higiene, y la detección de nuevos casos a temprana edad.

Dentro de nuestras observaciones en el trabajo que se realiza multidisciplinariamente en la clínica del adolescente y que nos ayudan a conocer el entorno familiar, escolar y de personalidad de las pacientes; se llega a trabajar con una psicóloga, una enfermera y una trabajadora social; se realiza el enlace con las escuelas a través de los profesores de curso tanto de biología como materias de educación para la salud, de ésta manera se cubre una población cerrada con la que se puede trabajar en estudios posteriores. En ello hemos de tomar muy en cuenta las observaciones que nos hace Greydanos en su artículo sobre el manejo de las adolescentes con desordenes menstruales.

BIBLIOGRAFIA

1. Novak E. R. y Jones H.W.
"Tratado de Ginecología" décima edición, pg. 828; edit. Interamericana, 1984.
2. Kasper O.
"Las funciones sexuales específicas de la mujer", "Tratado de Ginecología" tomo I, pg 401; edit. Interamericana, 1974.
3. Dawood M. Williams and Wilkins.
"Dismenorrea", Baltimore 1981.
4. Yikirkala O., Dawood M.
"New concept in dysmenorrhea "; A:M:J. obst-gynecol. 130,pg. 833; 1978.
5. Coupey Susan M. y Promise Ahlestrom.
"Trastornos menstruales comunes ", Ginecología y obstetricia en adolescentes; Clínicas de norteamérica, pg. 591 a 622; edit. Interamericana, 1989.
6. Gallo M.R.
"Dismenorrea", pg. 21; edit. Litográfica Mexicana, Guadalajara Jalisco, 1979.
7. Gaviño Ambriz, Gaviño Gaviño.
"uso de calcio antagonista en el manejo de la dismenorrea primaria", Ginecología y obstetricia de México, pg. 208-210, 1986
8. Pickles V.R.
"A pain muscle estimulante, in the menstroom", Nature 18; pg. 1198, 1987.
9. Akerlund M.
"Pathophysiology of dismenorrhea", acta obstet-gynecol. scandin. (suppl); 27, pg. 87, 1979.
10. Kermit Krantz, Millerck.
"Dismenorrea: cólicos menstruales", Atención médica, noviembre 14; pg 23, 1978.
11. Krupp.
"Dismenorrea: diagnóstico clínico y tratamiento";pg. 564, edit. Manual Moderno, 1987.
12. Luis Vazquez Camacho.
"Tratamiento de la dismenorrea esencial con un vasodilatador coronario", Ginecología y obstetricia de México; julio, vol. 51, pg. 315; 1983.
13. Nelson W.E.; V.C. Vaughan III.
"Tratado de pediatria" pg 1436; edit. Salvat, 1980.
14. Greydanos D.E.; Mc Anamey E.R.
"Menstruation and its disorders in adolescence; Curr. Prob. Pediat.; pg. 1 a 61, aug. 1982, vol. 12, num. 10.

15. Ng T.P.; Tan N.C.; Wasaicheang G.K.

"A prevalence study of dysmenorrhea in female residents aged 15 to 54 years in Clementi Town, Singapore" Ann.Acad. Med. Singapore;pg. 323 a 327, may, vol. 21 num 3, 1992.

16. Ignacio Méndez Ramírez; y col.

"El protocolo de investigación";pgs. 11 y ss.,2da. edición, Méx., edit. Trillas, 1990.

17. Münch G.L. y Angeles M.E.A.

"Métodos y técnicas de investigación", edit. Trillas, 1993.

18. "Manual de información". Dirección de enseñanza e investigación del D.D.F.

19. Wayne W. Daniel

"Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales ya la educación";pgs 1-31;1ª edición, México 1988; edit. McGraw-Hill.

20. Oski;De Angelis;Feigin;Warshaw.

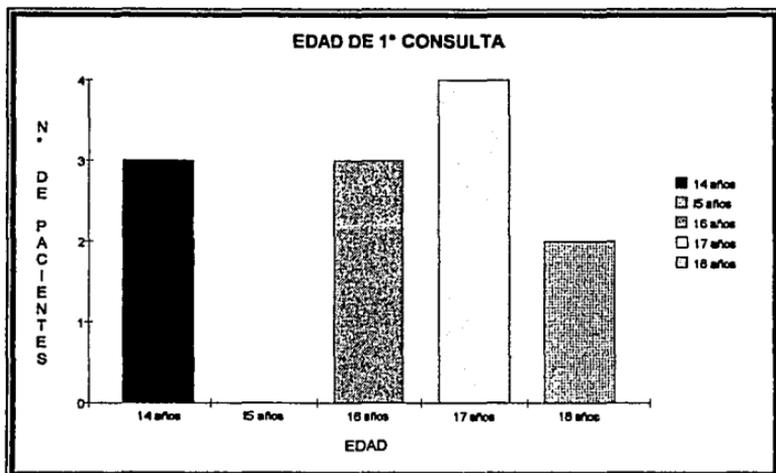
"Pediatria.Principios y práctica". Tomo I; pg. 763,edit. Panamericana,México 1993.

A N E X O S.

ANEXO 1

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA

ASISTENCIA A CONSULTA.



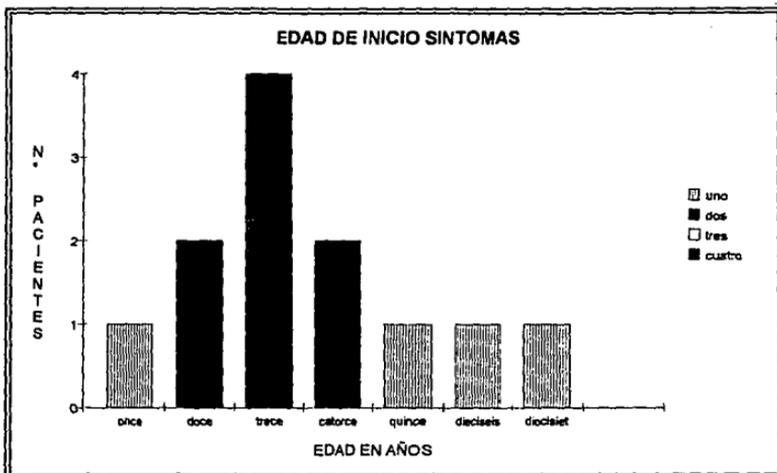
X: 16 años 4 meses.
M: 16 años 7 meses
Mo: 16 años 4 meses.

FUENTE: Archivo Clínico
H.M.Linguarín
1994.

ANEXO 2

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA

INICIO DE SINTOMAS.



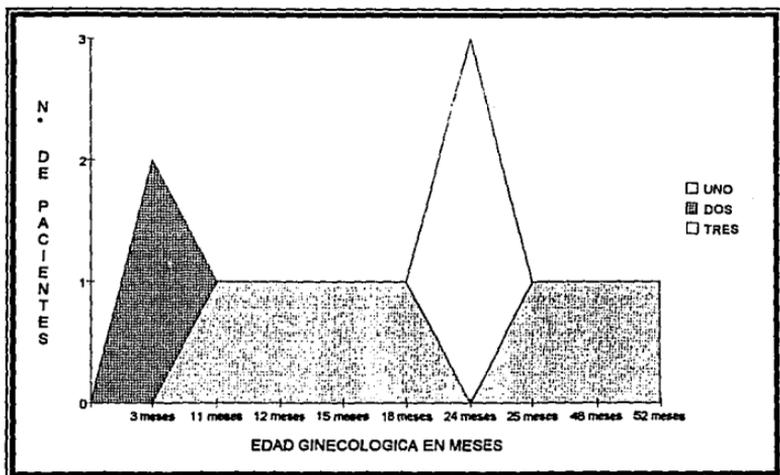
x: 13 años 5 meses.
M: 13 años
Mo: 13 años

FUENTE: Archivo Clínico
H.N.L. Inguarán
1994.

ANEXO 3

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA

EDAD GINECOLOGICA.

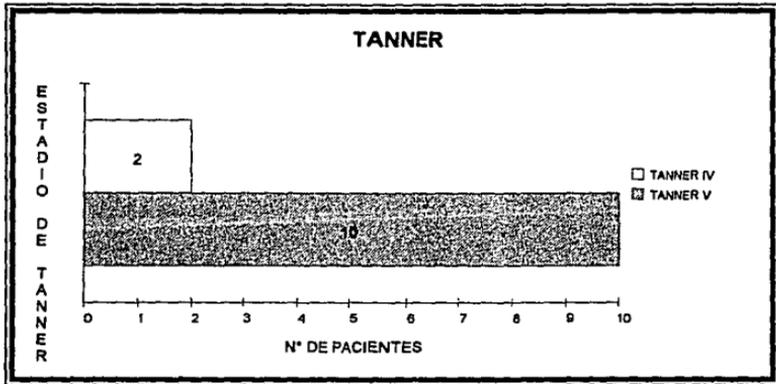


x: 21 MESES.

FUENTE: Archivo Clínico
H.M.L. Inguarán
1994.

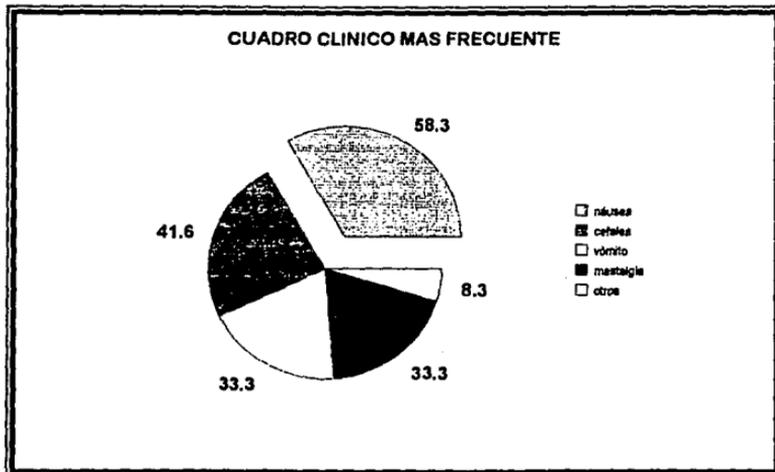
ANEXO 4

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA



FUENTE: Archivo Clínico
H.M.L. Ingauria
1994.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA

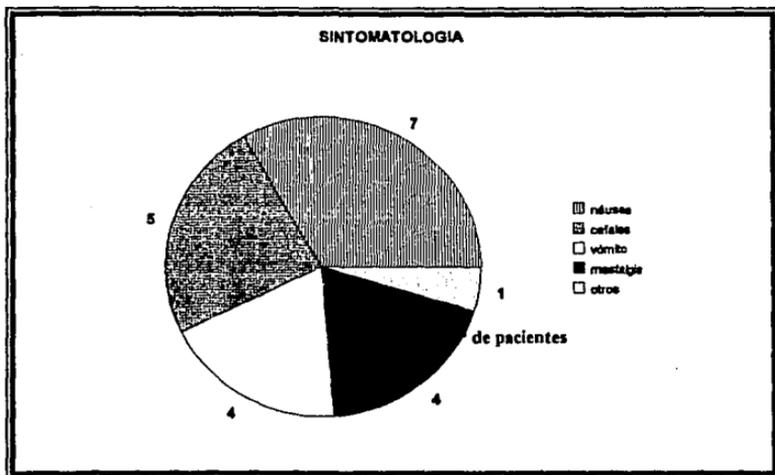


FUENTE: Archivo Clínico
H.M.I. Ingardín
1994.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

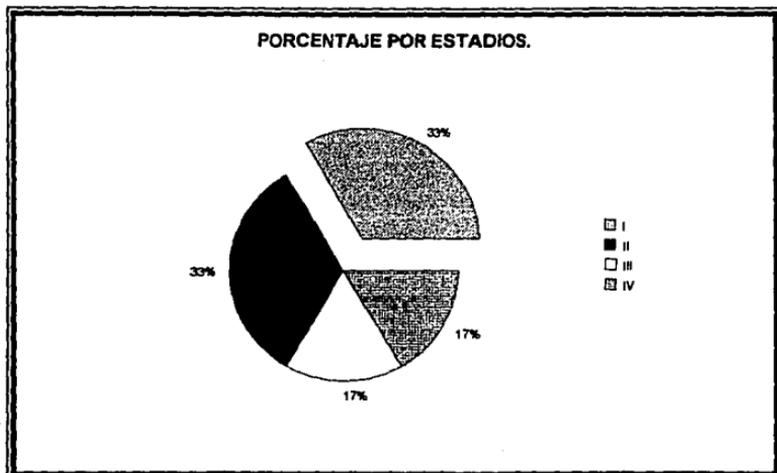
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA.

SINTOMATOLOGIA.



FUENTE: Archivo Clínico
HMLIguazá
1994.

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA
INCAPACIDAD FISICA**

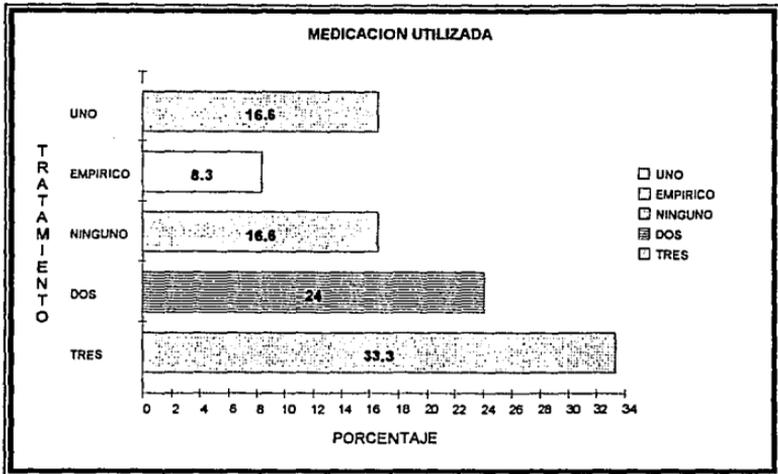


FUENTE: Archivo Clínico
H.M.Linguarán
1994.

ANEXO 8

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA

USO DE MEDICAMENTOS.



FUENTE: Archivo Clínico
H.M.L. Inguarán
1994.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DISMENORREA

TABLA DEL USO DE MEDICAMENTOS Y SUS COMBINACIONES.

analgésicos.	2 pacientes	16.6%
empírico.	1 paciente	8.3%
ninguno.	2 pacientes	16.6%
analgésico+hormonal.	1 paciente	8.3%
antiinflamatorio+hormonal.	2 pacientes	16.6%
analgésico+antiinflamatorio + hormonal.	1 paciente	8.3%
analgésico+antiinflamatorio +antiespasmódico.	1 paciente	16.6%
analgésico+antiinflamatorio+empírico.	1 paciente	8.3%

FUENTE: Archivo Clínico
H.M.I. Inguarán
1994.