

11217

63



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“ALTERACIONES MENSTRUALES EN
PACIENTES ADOLESCENTES”

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA LA

DRA. CRISTINA DALLAL FRATZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y

O B S T E T R I C I A

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS S. ALCAZAR ALVAREZ



ISSSTE

2002

**TESIS CON
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 esta 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.

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ OCT 3 2002 ★
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

~~Dr. Julio César Díaz Becerra~~
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación



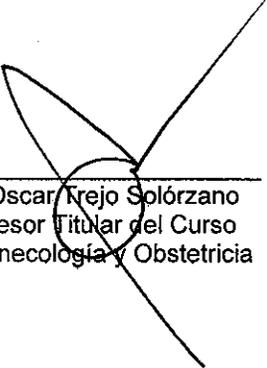
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

~~Dr. Luis S. Alvarar Alvarez~~
Jefe de Investigación

~~Dra. Gabriela Salas Pérez~~
Jefe de Enseñanza

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
OCT. 2 2002
JEFATURA DE
INVESTIGACION





Dr. Oscar Frejo Solórzano
Profesor Titular del Curso
De Ginecología y Obstetricia



Dr. Luis S. Alcázar Álvarez
Asesor de Tesis



Dr. Carlos Meneses Campos
Vocal de Investigación

**"ALTERACIONES MENSTRUALES EN
PACIENTES ADOLESCENTES"**

Índice

Agradecimientos	i
Resumen	iii
Introducción	1
Objetivos	2
Material y método	3
Resultados	4
Discusión	8
Conclusión	9
Bibliografía	11
Anexos	12

A la mujer dijo:
“Multiplicaré tus sufrimientos
en los embarazos. Con dolor darás a
luz a tus hijos . . .”

Génesis 3:16

Al Ser Superior que me dio los mejores Padres
quienes me dieron todo para ser lo que soy hoy.
A Mami, Papi, Inga, Beca, Gorka y Max por ser mi todo...

A mis hermanas de la vida: Raquel, Mercedes,
Consuelo, Marcela, Tania, Adriana, Giovanna, Gema
y Marytere por estar siempre ahí...

A Jaime, Ricardo, César, Alfonso, Viet
todos los demás compañeros; a las
Teresitas...

A todos los maestros que han
trascendido, de los cuales hay que
destacar al Dr. del Real como
principal culpable...

... Gracias.

Resumen

Introducción: Las irregularidades menstruales constituyen una molestia común entre las adolescentes y provocan cerca del 50% de las consultas ginecológicas en este grupo de edad (8). La mayor parte de estos casos es ocasionada por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y la consecuencia es la anovulación. Los síntomas que ocasionan la consulta varían desde ausencia de sangrado menstrual, un manchado mínimo y diferentes alteraciones de la cantidad de sangrado hasta hemorragia abundante.

Objetivo: Estudiar las alteraciones menstruales más frecuentes en las pacientes adolescentes para protocolizar la atención de las mismas de manera que se optimicen recursos y se obtengan mejores resultados.

Material y Método: En el periodo comprendido entre Abril y Agosto de 2002 se estudiara a las pacientes adolescentes que acudieron a la consulta externa de la Clínica para la Atención Integral del Adolescente en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en la Cd. de México utilizando los siguientes criterios de inclusión: adolescentes entre 11 y 19 años que no habían recibido tratamiento previo y que no estuvieran embarazadas. Se analizaron los siguientes datos: edad, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales tanto patológicos como no patológicos, antecedentes ginecoobtétricos los cuales incluyen edad de menarca, pubarca, telarca, ciclo menstrual y sintomatología acompañante, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, método de planificación familiar y número de gestas, talla, peso, índice de masa corporal, etapa de Tanner, laboratoriales básicos, perfil hormonal ginecológico y ultrasonido. Para la realización del análisis de los resultados se usó el programa SPSS versión 8.0, utilizándose estadística descriptiva.

Resultados: Se encontró que durante el periodo de estudio acudieron a la consulta externa de la Clínica para la Atención Integral del Adolescente 89 pacientes, de las cuales 41 (46%) refirieron como principal motivo de consulta presentar trastornos del ciclo menstrual. De éstas se excluyeron 4 pacientes por no reunir los criterios para el estudio. La edad promedio de las pacientes fue de 15 años, con un rango de 10 a 18 años. El 24.3% (n=9) de las pacientes refiere que su ciclo menstrual habitual es regular y que presenta irregularidades recientes, mientras que el 75.7% (n=28) refiere ciclos irregulares siempre. De las irregularidades referidas la opsomenorrea es la más frecuente en 56.8% (n=21), y le sigue en frecuencia la polimenorrea en 27% (n=19). La amenorrea primaria, la amenorrea secundaria y la proiomenorrea cada una representa el 5.4%. En el perfil hormonal ginecológico se encontró un estradiol promedio de 74pg/ml, progesterona de 2.7pg/ml, testosterona de 0.9ng/ml, LH de 13.8 mUI/ml, FSH de 12.8 mUI/ml (Tabla 4).

Sin embargo, en el 51.3% (n=19) de las pacientes se encontraron cifras elevadas de prolactina.

Conclusiones: Este estudio demuestra que la población que se maneja dentro de la Clínica de la Atención Integral del Adolescente se apega a lo reportado en la literatura sobre las causas de consulta (3) y las principales alteraciones del ciclo que son referidas por las pacientes. Sin

embargo, el estudio de los niveles séricos hormonales de las pacientes arroja resultados interesantes en cuanto al tipo de alteración hormonal esperable, ya que hasta ahora no se había reportado un índice tan alto de hiperprolactinemia de las pacientes.

Abstract

Introduction: Irregularities of the menstrual cycle are a common to adolescents and are the cause of nearly 50% of gynaecologic consults in this age group (8). Most of these are caused by immaturity of the hypothalamic-hipofisis-ovaric axis and its primary consequence is annovulation. The symptoms which are cause of medical consultation range from the absence of menstrual bleeding to a profuse haemorrhage.

Objective: To study most frequent menstrual alterations in adolescent patients to be able to protocolize their medical attention in order to optimize resources and results.

Material and Methods: In the period from April to August, 2002 all patients who attend the Clinic for Integral Attention to Adolescents in the Lic. Adolfo López Mateos Hospital (ISSSTE) in México City will be studied. The following data will be analyzed: age, hereditary antecedents, personal and family medical histories, gynaecologic antecedents which include age of menarche, menstrual cycle, age of initiation of active sexual life, number of sexual partners, contraceptive method, number of pregnancies and how they were resolved, height, weight, body mass index, Tanner classification, basic laboratories, gynaecologic hormonal profile and ultrasound.

Statistical descriptive analysis will be done on SPSS program in version 8.0.

Results: During the study period 89 patients were seen in the Clinic for Integral Attention to Adolescents, 41 (46%) described menstrual cycle alterations as the cause of the consultation. Mean age range was 15 years, 24.3% said their habitual menstrual cycle was regular and 75.7% said it was irregular. The most common abnormality is opsomenorreah in 56.8%, followed by polimenorreah in 27%, primary and secondary amenorreah each one in 5.4%. In seric hormonal determinations the only altered parameter was seric prolactin which was above normal ranges in 51.3% of the patients.

Conclusion: This descriptive study shows that our population is very much like the one reported in international literature, except for seric prolactin levels which are highly altered and should be further investigated.

Introducción

La menarca, o primera menstruación, es la característica principal del desarrollo puberal femenino. Representa la progresión de las etapas tempranas de la madurez sexual y en algunas culturas inclusive representa un rito para las mujeres. En las etapas de adolescencia tardía hasta el 75% de las niñas presentan algún problema relacionado con la menstruación (2). Ciclos menstruales con atraso, dolor o sangrado abundante son las principales causas de consulta para las adolescentes, y la dismenorrea es causa importante de ausencia escolar (3).

Las irregularidades menstruales constituyen una molestia común entre las adolescentes y provocan cerca del 50% de las consultas ginecológicas en este grupo de edad (8). La mayor parte de estos casos es ocasionada por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y la consecuencia es la anovulación. Los síntomas que ocasionan la consulta varían desde ausencia de sangrado menstrual, un manchado mínimo y diferentes alteraciones de la cantidad de sangrado hasta hemorragia abundante. Casi todos los casos se corrigen con facilidad en la paciente ambulatoria, pero en algunas ocasiones se debe hospitalizar a la paciente si presenta un caso de hemorragia abundante que puede conllevar hipovolemia o anemia acentuada (3). En 80% de las circunstancias, durante el primer año después de la menarca la adolescente posee ciclos anovulatorios y el resto padece algún trastorno que debe ser estudiado, de éstas cerca del 20% de las adolescentes sufre de algún trastorno base que se debe diagnosticar. La historia clínica detallada y una exploración física minuciosa, aunadas a los datos de laboratorio serán las armas para revelar el origen de la hemorragia anormal. El tratamiento debe dirigirse a corregir la causa de base (8).

Para el adecuado diagnóstico y tratamiento es importante conocer detalladamente el ciclo menstrual normal, así como sus mecanismos reguladores

El ciclo menstrual normal

La edad promedio de la menarca en E.U. es de 12.7 años y el 11% de todas las niñas han llegado a ésta antes de los 11 años y el 3% después de los 14.5 años. Típicamente la menarca se presenta en pacientes en etapa 4 de Tanner y señala una deceleración rápida en la velocidad del crecimiento. La ovulación se presenta en el 50% de los periodos menstruales durante el primer año posterior a la menarca y en el 80% después de 2 años (2).

Entre las adolescentes y las mujeres adultas la función menstrual normal se define ampliamente con ciclos que varían desde 21 hasta 40 días, con sangrado de entre 2 y 8 días y con pérdida hemática entre 20 a 80ml. Este amplio rango de normalidad, aunado a la alta prevalencia de anovulación en los años postmenarquia inmediatos, resulta en confusión (2).

Objetivos

Estudiar las alteraciones menstruales más frecuentes en las pacientes adolescentes para protocolizar la atención de las mismas de manera que se optimicen recursos y se obtengan mejores resultados.

El ciclo menstrual normal

La edad promedio de la menarca en E.U. es de 12.7 años y el 11% de todas las niñas han llegado a ésta antes de los 11 años y el 3% después de los 14.5 años. Típicamente la menarca se presenta en pacientes en etapa 4 de Tanner y señala una deceleración rápida en la velocidad del crecimiento. La ovulación se presenta en el 50% de los periodos menstruales durante el primer año posterior a la menarca y en el 80% después de 2 años (2).

Entre las adolescentes y las mujeres adultas la función menstrual normal se define ampliamente con ciclos que varían desde 21 hasta 40 días, con sangrado de entre 2 y 8 días y con pérdida hemática entre 20 a 80ml. Este amplio rango de normalidad, aunado a la alta prevalencia de anovulación en los años postmenarquia inmediatos, resulta en confusión (2).

Objetivos

Estudiar las alteraciones menstruales más frecuentes en las pacientes adolescentes para protocolizar la atención de las mismas de manera que se optimicen recursos y se obtengan mejores resultados.

Material y Método

En el periodo comprendido entre Abril y Agosto de 2002 se estudiara a las pacientes adolescentes que acudieron a la consulta externa de la Clínica para la Atención Integral del Adolescente en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en la Cd. de México utilizando los siguientes criterios de inclusión: adolescentes entre 11 y 19 años que no habían recibido tratamiento previo y que no estuvieran embarazadas. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes que salieran del rango de edad establecido, pacientes que habían recibido tratamiento previo o pacientes embarazadas. Los criterios de eliminación fueron pacientes que durante el estudio resulten con prueba de embarazo positiva (PIE +), pacientes que abandonaran el tratamiento o pacientes que no acudieran a sus citas subsecuentes.

Se analizaron los siguientes datos: edad, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales tanto patológicos como no patológicos, antecedentes ginecoobstétricos los cuales incluyen edad de menarca, pubarca, telarca, ciclo menstrual y sintomatología acompañante, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, método de planificación familiar y número de gestas, talla, peso, índice de masa corporal, etapa de Tanner, laboratoriales básicos, perfil hormonal ginecológico y ultrasonido.

Para la realización del análisis de los resultados se usó el programa SPSS versión 8.0, utilizándose estadística descriptiva.

Resultados

Se encontró que durante el periodo de estudio acudieron a la consulta externa de la Clínica para la Atención Integral del Adolescente 89 pacientes, de las cuales 41 (46%) refirieron como principal motivo de consulta presentar trastornos del ciclo menstrual. De éstas se excluyeron 4 pacientes por no reunir los criterios para el estudio. La edad promedio de las pacientes fue de 15 años, con un rango de 10 a 18 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por edad en años.

	N	Mínima	Máxima	Media
Edad	37	10 años	18 años	15.4 años

Dentro de los antecedentes heredofamiliares sólo se encontró una paciente con antecedentes en rama directa (dos hermanas) con amenorrea primaria. En cuanto a los antecedentes personales tanto patológicos como no patológicos no se encontraron datos de importancia.

En cuanto a la edad de menarca se encontró una media de 11.8 años, con un rango de edad entre 7 y 16 años. Las edades de presentación de la telarca y la pubarca no pudieron estudiarse ya que dentro del formato de la consulta que se utiliza no se registran estos datos. El 24.3% (n=9) de las pacientes refiere que su ciclo menstrual habitual es regular y que presenta irregularidades recientes, mientras que el 75.7% (n=28) refiere ciclos irregulares siempre. De las irregularidades referidas la opsomenorrea es la más frecuente en 56.8% (n=21), y le sigue en frecuencia la polimenorrea en 27% (n=19). La amenorrea primaria, la amenorrea secundaria y la proiomenorrea cada una representa el 5.4% (n=2) (Tabla 2).

Tabla 2. Tipos de trastornos menstruales referidos por las pacientes

	N	Porcentaje
<i>Amenorrea primaria</i>	2	5.4%
<i>Amenorrea secundaria</i>	2	5.4%
<i>Opsomenorrea</i>	21	56.8%
<i>Proiomenorrea</i>	2	5.4%
<i>Poimenorrea</i>	10	27%
Total	37	100%

Aunque en un 45.9% (n=17) las pacientes no refirieron sintomatología acompañante, cuando ésta estuvo presente la sintomatología más referida fue la dismenorrea en un 37.8% (n=14), seguida de la leucorrea y de la cefalea cada una en un 5.4% (n=2). La sintomatología menos referida fueron el hirsutismo y la telorrea, cada una en un 2.7% (n=1) (Tabla 3).

Tabla 3. Sintomatología acompañante

	N	Porcentaje
Ninguna	17	45.9%
Dismenorrea	14	37.8%
Leucorrea	2	5.4%
Cefalea	2	5.4%
Hirsutismo	1	2.7%
Telorrea	1	2.7%
Total	37	100%

Todas las pacientes niegan haber iniciado vida sexual activa, y por lo tanto niegan uso de método de planificación familiar.

Al estudiar las características físicas de las pacientes se encontró una talla promedio de 156 cm. con un rango entre 137 y 178cm. El peso promedio fue de 63.400KG con un rango que varió entre 40.200 y 100kg. El índice de masa corporal promedio se encontró en 25.72 con un rango entre

15.70 y 39.00. El 62.2% (n=23) presentó una etapa de Tanner de 3, el 18% (n=7) una etapa Tanner 2 y el otro 18% (n=7) una etapa Tanner 4.

En los laboratoriales básicos no se encontraron alteraciones importantes. En la biometría hemática se encontró un promedio de leucocitos 6.6×10^3 , una hemoglobina media de 13.6mg/dl con un hematocrito de 41.2% y 258,000 plaquetas. La media de la glucemia sérica fue de 82.6mg/dl.

En e perfil hormonal ginecológico se encontró un estradiol promedio de 74pg/ml, progesterona de 2.7pg/ml, testosterona de 0.9ng/ml, LH de 13.8 mUI/ml, FSH de 12.8 mUI/ml (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados del Perfil Hormonal Ginecológico

	Mínimo	Máximo	Media
Estradiol (pg/ml)	10	400	74.50
Progesterona (pg/ml)	0.35	11	2.79
Testosterona (ng/ml)	0.28	4.5	0.92
LH	0.40	70	12.41
FSH	0.01	72	5.82

Sin embargo, en el 51.3% (n=19) de las pacientes se encontraron cifras elevadas de prolactina. Las determinaciones de prolactina se describen en la Tabla 5 y su distribución se observa en la Figura 1.

El estudio de los resultados de los estudios ultrasonográficos presenta reportes de ultrasonografía normal en el 91.9% (n=34) de las pacientes, de los datos ultrasonográficos anormales se encontraron ovarios poliquísticos en 8.1% (n=3), ovarios atróficos o ultrasonográficamente no visibles en el 10.8% (n=4).

Tabla 5. Distribución de las determinaciones de Prolactina en pg/ml

Nivel sérico (pg/ml)	N
1.30	1
7.40	1
9	1
9.5	1
10	1
12.3	1
14.2	1
15	1
16	3
17.8	1
19.2	1
20	2
22	2
24.6	1
27	3
28.7	1
29.4	1
30	2
31.3	1
32	1
33.6	1
37	1
40.8	3
54.3	1
64	1
110	1
160	1
231	1

Figura 1. Distribución de la población según determinación sérica de prolactina



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión

Como se refiere en la literatura mundial, un alto porcentaje de las pacientes adolescentes presentan alteraciones del ciclo menstrual lo suficientemente importantes como para que éstas acudan a consulta con un especialista. En la población que compone este estudio se encontraron datos consistentes con esta información, de manera que el 46% de la consulta externa de clínica de la adolescencia se debe a alteraciones menstruales, siendo la más frecuente la opsomenorrea, seguida de la polimenorrea probablemente secundaria a sangrados disfuncionales, y las amenorreas primarias y secundarias.

Es de llamar la atención que un alto porcentaje de las pacientes se refiere eumenorreica, aunque predeciblemente la sintomatología más referida como acompañante del sangrado menstrual fue la dismenorrea. La dismenorrea como problema de salud y causa primera de consulta también ocupa un lugar importante y amerita un estudio individual de sus causas, epidemiología y tratamiento que no son el tema de este trabajo de investigación. Asimismo, llama la atención que el 100% de las pacientes estudiadas niegan haber iniciado vida sexual activa.

En cuanto a las características físicas de las pacientes, se encuentra una talla dentro de las percentilas normales para la población de este país. La media del peso y el índice de masa corporal se encuentran dentro de los rangos adecuados (9), sin embargo existe un reducido número de pacientes que presentan alteraciones del peso en ambos espectros, es decir tanto bajo peso como obesidad, que requieren mayor estudio y un tratamiento específicos.

Los hallazgos en los laboratoriales básicos caen dentro de los rangos normales, no así los hallazgos sobre los perfiles hormonales ginecológicos. Aunque el estudio del perfil hormonal ginecológico de una paciente adolescente es más complejo y su interpretación depende de que las determinaciones se realicen en días específicos del ciclo menstrual, lo cual

no se lleva a cabo dentro de esta unidad hospitalaria y dificulta el diagnóstico de algunas alteraciones hormonales que conducen a la alteración de los ciclos menstruales, es una herramienta casi indispensable para el manejo integral de las pacientes. Con los recursos que pudieron recuperarse de los expedientes de las pacientes se encuentra que contrariamente a lo referido en las grandes revisiones sobre el tema de los trastornos menstruales en las pacientes adolescentes (8), en donde se describe la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis como causa primordial de dichas alteraciones, en nuestro estudio se encontró una alta incidencia de hiperprolactinemia, la cual puede ser causante de que los ciclos menstruales de las adolescentes sean altamente irregulares.

Los hallazgos de los estudios de gabinete, como el ultrasonido, arroja datos dentro de lo esperado en cuanto a frecuencia de alteraciones anatómicas demostrables por ultrasonido. Esto se refleja en el alto porcentaje de estudios ultrasonográficos normales, y el bajo porcentaje de estudios que cumplen con criterios, por ejemplo, de poliquistosis ovárica. La presencia de uno de los estudios ultrasonográficos importantemente alterado con útero hipotrófico y ausencia ultrasonográfica de uno de los ovarios corresponde al de una paciente con amenorrea primaria y antecedentes familiares en rama directa de la misma alteración, misma que está en protocolo de estudio por probable síndrome de Turner, del cual está pendiente la realización del cariotipo.

Conclusión

Las alteraciones menstruales en las adolescentes siguen siendo un importante problema de salud y son una de las principales causas de consulta. El estudio adecuado de estas alteraciones y la atención oportuna de las mismas optimiza recursos y mejora el estado de salud de nuestra población. Este estudio demuestra que la población que se maneja dentro de la Clínica de la Atención Integral del Adolescente se apega a lo reportado en

no se lleva a cabo dentro de esta unidad hospitalaria y dificulta el diagnóstico de algunas alteraciones hormonales que conducen a la alteración de los ciclos menstruales, es una herramienta casi indispensable para el manejo integral de las pacientes. Con los recursos que pudieron recuperarse de los expedientes de las pacientes se encuentra que contrariamente a lo referido en las grandes revisiones sobre el tema de los trastornos menstruales en las pacientes adolescentes (8), en donde se describe la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis como causa primordial de dichas alteraciones, en nuestro estudio se encontró una alta incidencia de hiperprolactinemia, la cual puede ser causante de que los ciclos menstruales de las adolescentes sean altamente irregulares.

Los hallazgos de los estudios de gabinete, como el ultrasonido, arroja datos dentro de lo esperado en cuanto a frecuencia de alteraciones anatómicas demostrables por ultrasonido. Esto se refleja en el alto porcentaje de estudios ultrasonográficos normales, y el bajo porcentaje de estudios que cumplen con criterios, por ejemplo, de poliquistosis ovárica. La presencia de uno de los estudios ultrasonográficos importantemente alterado con útero hipotrófico y ausencia ultrasonográfica de uno de los ovarios corresponde al de una paciente con amenorrea primaria y antecedentes familiares en rama directa de la misma alteración, misma que está en protocolo de estudio por probable síndrome de Turner, del cual está pendiente la realización del cariotipo.

Conclusión

Las alteraciones menstruales en las adolescentes siguen siendo un importante problema de salud y son una de las principales causas de consulta. El estudio adecuado de estas alteraciones y la atención oportuna de las mismas optimiza recursos y mejora el estado de salud de nuestra población. Este estudio demuestra que la población que se maneja dentro de la Clínica de la Atención Integral del Adolescente se apega a lo reportado en

la literatura sobre las causas de consulta (3) y las principales alteraciones del ciclo que son referidas por las pacientes. Sin embargo, el estudio de los niveles séricos hormonales de las pacientes arroja resultados interesantes en cuanto al tipo de alteración hormonal esperable, ya que hasta ahora no se había reportado un índice tan alto de hiperprolactinemia de las pacientes. Esto conlleva dos vertientes importantes: una que el tratamiento de las alteraciones en estas pacientes debe incluir medicamentos tipo bromocriptina o cabergolina que actúan a nivel central (6); la otra es que estas pacientes pueden tener más adelante en su vida reproductiva alteraciones de la fertilidad y que estas pacientes deben tener conciencia de que haber padecido hiperprolactinamia durante al adolescencia es un antecedente de importancia.

La realización de este estudio como descriptivo permite encontrar que en las hojas de recolección de datos de la consulta externa existen algunas deficiencias que no permiten detallar la historia clínica del paciente, lo que puede entorpecer su protocolo de estudio, por lo que se puede proponer una nueva manera de recolección de datos clínicos más detallada. En el medio institucional la reproductibilidad de los resultados y el protocolizar la atención a los pacientes permite la optimización de recursos y la calidad en la atención médica, las cuales son pibotes de la buena atención médica y ésta a su vez el fin mismo de los médicos.

Bibliografía

1. Caron A Resistance of hypogonadic patients with mutated GnRH receptor genes to pulsatil GnRH administration *J Clin Endocrinol Metab* Mar 1999 ; 84 (3) :990-1000.
2. Copeland Ginecología Editorial Medica Panamericana, México, 1994 p.p. 80-200.
3. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales Vol. 1; 2000 Ed. McGraw-Hill Interamericana p.p.57-70.
4. Donner GG Primary amenorrhea caused by crushing of the pelvis *Am J Obstet Gynecol* Aug 2000; 183 (2): 500-1
5. Kadva A Elevated nocturnal melatonin is a consequence of gonadotropin-releasing hormone deficiency in women with hypothalamic amenorrhea *J Clin Endocrinol Metab* Oct 1998 ; 83 (10): 3653-62.
6. Lado-Abeal J Menstrual abnormalities in women with Cushing's disease are correlated with hypercortisolemia rather than raised circulating androgen levels *J Clin Endocrinol Metab* Sept 1998; 83 (9) :3083-8
7. Minjarez D, et.al. Abnormal uterine bleeding in adolescents *Obst and Gynecol CI* Mar 2000; 27 (1):1099-2014.
8. Mitan L, et. al. Adolescent menstrual disorders *Med. Clin N Am* July 2000; 84 (4):535-66.
9. Organización Panamericana de la Salud Manual de Medicina del Adolescente, Washington, D.C., 1992.
10. Rosas J, Anormalidades menstruales: amenorrea primaria *Gynaiko* enero 2000;II (5): 10-15
11. Sklar CA Growth and neuroendocrine dysfunction following a therapy for childhood cancer *Pediatr Clin North Am* Apr 1997; 44 (2) :489-503
12. Warenik-Szymankiewicz, A. Primary amenorrea caused by impaired cervical development *Ginekol Pol* 1999 mayo; 70 (5): 284-7

Anexo 1
Hoja de Consulta de Clínica para la Atención
Integral del Adolescente

APELLIDO Y NOMBRE _____
 D.C. NÚMERO _____
 LOCALIDAD _____ TEL. _____
 LUGAR DE NACIMIENTO _____

FECHA DE NACIMIENTO
 Día: ____ Mes: ____ Año: ____
 SEXO: f m

CONSEJERÍA PRINCIPAL Nº: _____
 FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____
 EDAD: años ____ meses ____
 ACOMPAÑANTE: solo madre padre ambos
 ESTADO CIVIL: soltero unión estable separado
 pareja amiga/a pariente otros

Motivos de consulta según adolescente: 1. [] [] [] [] Motivos de consulta según acompañante: 1. [] [] [] []
 2. [] [] [] [] 2. [] [] [] []
 3. [] [] [] [] 3. [] [] [] []

Observaciones relevantes

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES normales	CRECIMIENTO normal	DESARROLLO normal	VACUNAS COMPLETAS	ENFERMEDADES CRÓNICAS	ENFERMEDADES AGUDAS CONTAGIOSAS	ACCIDENTES NUTRICIONALES	QUIRÚJICA HOSPITALIZAC.	USO DE MEDICINA SUBSTANCIAS	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	ALTRATO	JUDICIALES	OTROS
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>											

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

CABERES	OBESIDAD	CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)	ALERGIA	INFECCIONES (TBC, VIH, etc.)	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	ALCOHOL DROGAS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MADRE ADOLESC.	JUDICIALES	OTROS
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										

Observaciones

FAMILIA

CONVIVE	EN LA CASA	EN EL CUARTO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE TRABAJO	OCCUPACION:	PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE	DIAGRAMA FAMILIAR	OTROS DATOS
madre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre o sustituto: analfabeto <input type="checkbox"/> prim. incomp. <input type="checkbox"/> secund. técnico <input type="checkbox"/> univ. terciario <input type="checkbox"/>	Padre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> no estadao <input type="checkbox"/> estadao <input type="checkbox"/>	Padre o sustituto: <input type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay reacción <input type="checkbox"/>	ESQUEMA FAMILIAR	ENERGÍA ELÉCTRICA <input type="checkbox"/> en el hogar: Agua <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> NÚMERO DE CLAVOS <input type="checkbox"/> Observaciones

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Este color significa ALERTA

ENTREVISTA	NIVEL	GRADO	AÑOS	PROBLEMAS EN	AÑOS	EDUCACION
ESTUDIA	No escolariz. <input type="checkbox"/>	CURSO	APROBADOS	LA ESCUELA	REPETIDOS	NO FORMAL
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Prim. <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
	Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>					

Observaciones

TRABAJO	ACTIVIDAD	EDAD INICIO	TRABAJO	HORARIO DE TRABAJO	RAZON DE TRABAJO	TRABAJO	TRABAJO	HPCO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca	trabaja <input type="checkbox"/> busca 1era vez <input type="checkbox"/>	TRABAJO años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/>	económica <input type="checkbox"/>	LEGALIZADO	ASALARE	
<input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		horas por semana	tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/>	autonomía <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	
				fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	me gusta <input type="checkbox"/>			
					otra <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>			

Observaciones

VIDA SOCIAL	ACEPTACION	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD	DEPORTE	OTRAS
	aceptado <input type="checkbox"/>	NOVICA <input type="checkbox"/>	GRUPAL	horas por semana	ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	ignorado <input type="checkbox"/>				
	rechazado <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		TV <input type="checkbox"/>	
	no sabe <input type="checkbox"/>	AMIGOS <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	horas por día	

Observaciones

HABITOS	ALIMENTACION	COMIDAS	COMIDAS POR DIA	TABACO	EDAD INICIO	ALCOHOL	EDAD INICIO	OTRO TÓXICO	CONDUCE
BUENO/NORMAL	NOQUADA	POP'DA	CON FAMILIA	<input type="checkbox"/>	TABACO años	<input type="checkbox"/>	ALCOHOL años	OTRO TÓXICO años	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sigaretas por día		advierte a los de <input type="checkbox"/>		Reñados, etc. años?	

Observaciones

GENERALES Y GINECOLOGIA	EDAD DE ULTIMA MENSTRUACION	COCCOS	CONVENCION	ALIC. PREGNANCIA	B. REVERSADES DE TRANS. SEXUAL	ESTRABISMO
MEVARCAS PERMARCA años	No conoce <input type="checkbox"/> no conoce <input type="checkbox"/>	REGULARES <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
	día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>					

Observaciones

SEXUALIDAD	RELACIONES SEXUALES	NO <input type="checkbox"/>	PAREJA	EDAD INICIO	PROBLEMAS EN REL. SEX.	AN. CONCEPTO	CONDOM.	USO SEXUAL
NECESITA INFORMACION si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/>	ambos <input type="checkbox"/>	pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	REL. SEX. años	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Observaciones

SITUACION PSICO SOCIO ECONOMICA	IMAGEN CORPORAL	ALTO PERCEPCION	PROYECTO DE VIDA
	conforme <input type="checkbox"/> crea creacion <input type="checkbox"/> impide relacion con otras <input type="checkbox"/>	alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>

Observaciones

ASPECTO GENERAL	PESO (Kg)	Cardi. diastólica	Cardi. sistólica	PEL. / PANEVAS	DAÑOS	AGUSIA VISUAL	AGUSIA AUDITIVA	EDAD Y DIENTES	QUELMO Y TROCOS
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>				normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>					
	TALLA (cm)	Cardi. diastólica							

Observaciones

IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

124

PAROPSIONIC HISTORIA DEL ADOLESCENTE EVOLUCION ESTABLECIMIENTO				- C N°					
ADOLACION N°		EDAD		ACOMPANANTE		ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	
año: dia mes año		años meses		solo madre padre ambos		soltero		No conoce / no correspondencia	
				pareja amigo/a pariente otros		union estable separado		dia mes año	

PESO (Kg)	Centí pesocidad	TALLA (cm)	Centí tallecidad	Centí pesoceta	PESONARTEL mm	FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	velo pub. genitales	VOLL MEN TESTICULAR
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:					
					1					
					2					
					3					

AMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

AGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

responsable: _____ Fecha próxima visita: _____

ADOLACION N°		EDAD		ACOMPANANTE		ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		
año: dia mes año		años meses		solo madre padre ambos		soltero		No conoce / no correspondencia		
				pareja amigo/a pariente otros		union estable separado		dia mes año		
PESO (Kg)	Centí pesocidad	TALLA (cm)	Centí tallecidad	Centí pesoceta	PESONARTEL mm	FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	velo pub. genitales	VOLL MEN TESTICULAR
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:					
					1					
					2					
					3					

AMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

AGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

responsable: _____ Fecha próxima visita: _____

ADOLACION N°		EDAD		ACOMPANANTE		ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		
año: dia mes año		años meses		solo madre padre ambos		soltero		No conoce / no correspondencia		
				pareja amigo/a pariente otros		union estable separado		dia mes año		
PESO (Kg)	Centí pesocidad	TALLA (cm)	Centí tallecidad	Centí pesoceta	PESONARTEL mm	FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	velo pub. genitales	VOLL MEN TESTICULAR
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:					
					1					
					2					
					3					

AMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

AGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

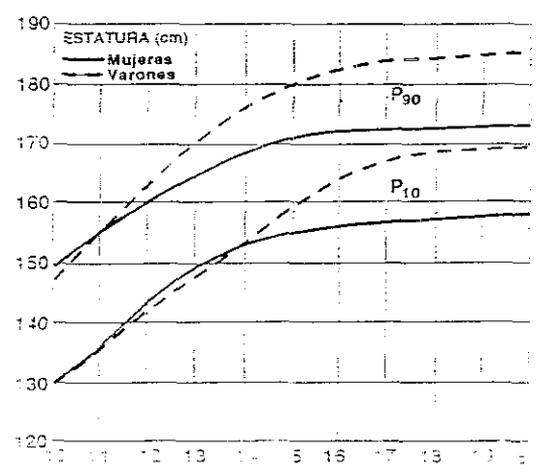
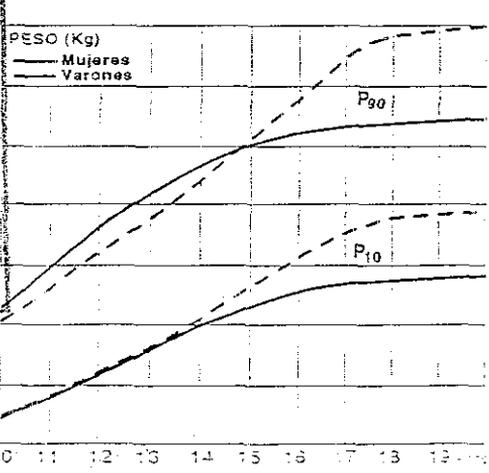
responsable: _____ Fecha próxima visita: _____

TESIS CON 15 FALLA DE ORIGEN

OPCIONES HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION										ESTABLECIMIENTO		HC/NP		
EVOLUCION		Nº		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		
FECHA		años		meses		solo		madre		padre		amigos		
						pareja		amigo/a		parente		otros		
						separado				separado				
PESO (Kg)		Cardiopericardio		TALLA (cm)		Cardi talalead		Cardi pericardio		PRENSION ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDIACA		
										TANNER		mamas		
												vello pub		
												genitales		
												VOLUMEN TESTICULAR		
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:									
1					1									
2					2									
3					3									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES														
DIAGNOSTICO INTEGRAL														
INDICACIONES E INTERCONSULTAS														
Responsable												Fecha próxima visita		

OPCIONES HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION										ESTABLECIMIENTO		HC/NP		
EVOLUCION		Nº		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		
FECHA		años		meses		solo		madre		padre		amigos		
						pareja		amigo/a		parente		otros		
						separado				separado				
PESO (Kg)		Cardiopericardio		TALLA (cm)		Cardi talalead		Cardi pericardio		PRENSION ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDIACA		
										TANNER		mamas		
												vello pub		
												genitales		
												VOLUMEN TESTICULAR		
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:									
1					1									
2					2									
3					3									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES														
DIAGNOSTICO INTEGRAL														
INDICACIONES E INTERCONSULTAS														
Responsable												Fecha próxima visita		

TESIS CON TALLA DE ORIGEN



Anexo 2

Hoja propuesta como complemento de la Consulta Externa
de la Clínica para la Atención Integral del Adolescente

Nombre Expediente no.
Edad
Fecha de consulta
Antecedentes heredo-familiares

Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes gineco-obstétricos

Menarca Telarca Pubarca
Ritmo menstrual habitual
eumenorreica () dismenorrea leve () moderada () severa ()
IVSA No. De compañeros sexuales
Método de planificación familiar
Gesta Para Cesárea Aborto
FUM
Padecimiento actual
Ciclo menstrual actual
Síntomatología acompañante

Exploración física Talla: Peso actual: Peso ideal:

Índice de Masa Corporal

Habitus externo
Distribución del vello corporal
Tórax
Abdomen
Genitales externos
Tacto vaginal/rectal
Extremidades
Estudios de laboratorio
BH
QS
Perfil hormonal ginecológico
estradiol
progesterona
testosterona
LH
FSH
Prolactina

Otros laboratoriales

USG