



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

“DISMENORREA, FACTORES ASOCIADOS Y
MANEJO FARMACOLÓGICO Y/O TRADICIONAL EN
LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS BEATRIZ
CUEVA DE AYORA Y PÍO JARAMILLO ALVARADO
DE LA CIUDAD DE LOJA”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

DIRECTOR: *Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez*

AUTOR: *Santiago Israel Merino Delgado*

LOJA - ECUADOR
2014






CERTIFICACIÓN

Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez,
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación de grado titulado, "DISMENORREA, FACTORES ASOCIADOS Y MANEJO FARMACOLÓGICO Y/O TRADICIONAL EN LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS BEATRIZ CUEVA DE AYORA Y PÍO JARAMILLO ALVARADO DE LA CIUDAD DE LOJA", realizado por Santiago Israel Merino Delgado, Egresado de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que cumple con las exigencias técnicas y legales que la Institución exige, por lo que autorizo su sustentación y presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.


.....
Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez
DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

-ÁREA DE LA SALUD HUMANA-



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

-AREA DE LA SALUD HUMANA-

AUTORÍA

Yo, **Santiago Israel Merino Delgado**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo de Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Santiago Israel Merino Delgado

Firma:.....


Cédula: 1104616915

Fecha: 31 de Octubre del 2014



CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Santiago Israel Merino Delgado, declaro ser autor de la tesis titulada “DISMENORREA, FACTORES ASOCIADOS Y MANEJO FARMACOLÓGICO Y/O TRADICIONAL EN LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS BEATRIZ CUEVA DE AYORA Y PIO JARAMILLO ALVARADO DE LA CIUDAD DE LOJA” autorizo al sistema bibliotecario de la UNIVERSIDAD NACIONAL de LOJA para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual dentro de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la misma, que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta y un días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor:

Firma: 

Autor: Santiago Israel Merino delgado

Cedula: 1104616915

Dirección: La Nueva Granada Loja-Ecuador

Correo electrónico: santiagomerino82@yahoo.com

Fecha: 31 de Octubre del 2014

Teléfono: 2613850

Celular: 0990162028

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Ángel Colon Ortega Gutiérrez

Tribunal de grado: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento

Dra. Ruth Elizabeth Maldonado Rengel



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres por su esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional para conmigo, sin ellos nada de esto hubiese sido posible. A mis abuelos por ser una de las motivaciones más grandes en mi vida, con su ejemplo y consejos han sabido guiarme por buen camino. A mis amigos y compañeros que han estado conmigo en momentos buenos y malos. A mis docentes, por transmitir sus conocimientos desinteresadamente, con la finalidad de formar buenos profesionales de la Salud.



AGRADECIMIENTO

A Dios, porque con su bendición todo es posible. Por darme el privilegio de estar rodeado de las mejores personas, es gracias a ellas que hoy estoy culminando una etapa más de mi vida. A mis padres, no existen palabras para expresar el inmenso agradecimiento y orgullo que siento de tenerlos como padres, gracias por confiar en mí. A mi director por su constante y desinteresado apoyo porque todo esto salga bien.

1. TÍTULO:

**“DISMENORREA, FACTORES ASOCIADOS Y MANEJO FARMACOLÓGICO
Y/O TRADICIONAL EN LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS BEATRIZ
CUEVA DE AYORA Y PÍO JARAMILLO ALVARADO DE LA CIUDAD DE
LOJA”**



2. RESÚMEN

Se realizó un estudio Transversal y Descriptivo basado en una encuesta anónima a 382 mujeres adolescentes del Colegio Fiscal Beatriz Cueva de Ayora y el Colegio Fiscal Pío Jaramillo Alvarado de la ciudad de Loja; como objetivo general se planteo conocer cuáles son los factores asociados, el manejo farmacológico y/o tradicional en las adolescentes con dismenorrea que cursan 9^{no} año de básica en los colegios mencionados anteriormente; y como objetivos específicos fueron: 1) Determinar la frecuencia de dismenorrea en las adolescentes y el grupo etario, 2) Identificar los síntomas asociados más frecuentes que presentan las adolescentes con dismenorrea, 3) Definir el inicio de la menarquia y su relación con la dismenorrea, 4) Conocer cuál es el tratamiento médico y/o tradicional más común utilizado por las adolescentes con dismenorrea y la automedicación. 5) Establecer si existe asociación de la dismenorrea con: ausentismo académico, antecedente materno de dismenorrea y tipo de alimentación más frecuente en las estudiantes.

El Universo estuvo constituido por 3475 estudiantes matriculadas en los Centros Educativos previamente mencionados. La Muestra fue constituida por 274 estudiantes de 9^{no} año de educación básica, de los Centros Educativos mencionados, fueron excluidas del estudio las alumnas que aún no presenten la menarquia, no quieran participar en el trabajo investigativo por cualquier motivo que manifiesten, aquellas estudiantes de cursos inferiores o superiores a los mencionados.

Resultados: Se encontró una frecuencia de dismenorrea del 71.7% (274), el grupo etario más afectado fue el de los 12 a 13 años con el 64%. Los principales síntomas que presentaron las adolescentes con dismenorrea son cefalea en un 34%, náuseas e irritabilidad 9%, depresión 6%, vómito 5%. El inicio de la menarquia en las adolescentes con dismenorrea fue en un rango de 10 a 15 años, la edad de mayor frecuencia fue a los 12 años (50%) seguida de los 13 años (42%). El 74% refiere tomar medicamentos para aliviar sus molestias, el medicamento de mayor utilización fue el ibuprofeno en un 65% y el naproxeno



15%; existiendo automedicación en un 75%. El tratamiento tradicional de mayor utilización fue el consumo de aguas aromáticas 62% y calor local 22%.

El 11% se han ausentado de sus actividades académicas al menos 1 día. El antecedente materno de dismenorrea está presente en un 9%. La alimentación de elección en las adolescentes con dismenorrea fue en su orden: carbohidratos 53%, comida chatarra 25%. El 11% relaciona el consumo de chocolate con los dolores menstruales, las comidas grasas 6% y el consumo de café 4%.

Palabras Clave:

Dismenorrea, automedicación, ausentismo académico.



SUMMARY

One transversal and descriptive study based on an anonymous survey of 382 teenagers College women Beatriz Cave Attorney and Attorney Ayora Pio Jaramillo Alvarado School in the city of Loja was performed; The general objective is to know what I planting associated factors, drug use and / or traditional in adolescents with dysmenorrhea who attend basic 9noañ in schools listed above are; and specific objectives were to: 1) determine the frequency of dysmenorrhea in adolescent age group and, 2) identify the most frequent presenting symptoms associated with dysmenorrhea adolescents, 3) define the onset of menarche and its relationship to dysmenorrhea 4) Knowing what the most common medical and / or traditional treatment used by teens with dysmenorrhea and self-medication. 5) To establish whether there is association with dysmenorrhea: Academic absenteeism, maternal history of dysmenorrhea and most common type of food in students.

The universe consisted of 3475 students enrolled in the aforementioned Schools. The sample was composed of 274 students from 9th grade of basic education, the aforementioned educational centers were excluded from the study the students have not yet submitted menarche not want to participate in the research work for any reason they state, those students on courses lower or higher than the above.

Results: The frequency of dysmenorrhea of 71.7% (274), it was found the most affected age group was 12 to 13 years with 64%. The main symptoms that presented the teens with dysmenorrhea are headache 34%, nausea and irritability 9%, 6% depression, vomiting 5%. The onset of menarche in adolescents with dysmenorrhea was in the range of 10-15 years, the most frequent age was 12 years old (50%) followed by 13 (42%). 74% reported taking medication to relieve their discomfort, increased drug use was 65% ibuprofen and naproxen 15%; exist on a 75% self-medication. The traditional treatment was greater use of scented water consumption by 62% and 22% local heat.

11% did not attend their academic activities at least 1 day. Maternal history of dysmenorrhea is present in 9% .The power of choice in adolescents with



dysmenorrhea was in order: 53% carbohydrates, 25% junk food. The 11% chocolate consumption related to menstrual pain, fatty foods 6% and 4% coffee consumption.

Keywords:

Dysmenorrhea, self-medication, academic absenteeism.



INTRODUCCIÓN



3. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período del ciclo de la vida humana que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales; según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comprende los 10 a 19 años de edad. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que, adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 a 18 años ⁽²⁾.

Durante este período las personas completan el crecimiento y desarrollo físico, alcanzando la capacidad de reproducción, adquieren el pensamiento abstracto y se incorporan a la vida adulta a través de una inserción laboral que les facilita la autonomía económica y el logro de proyectos en la vida, en el caso de la mujer estos procesos se pueden ver alterados por uno de los motivos más frecuentes de consulta en adolescentes como es el dolor menstrual ⁽³⁾.

La dismenorrea es un término utilizado para designar el dolor pélvico asociado con el ciclo menstrual. Puede clasificarse como primaria o secundaria según si se presenta espontáneamente (por un incremento de la contractilidad uterina mediada por las prostaglandinas), en ausencia de anormalidades tanto a la exploración clínica como paraclínica o si por el contrario aparece después de un trastorno asociado como la endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, fibromas uterinos, embarazo ectópico, infecciones, tumores o pólipos en la cavidad pélvica.

La dismenorrea es uno de los padecimientos ginecológicos más frecuentes, la prevalencia más alta se encuentra en la adolescencia y entre los 20 a 25 años de edad, y es rara su aparición después de los 30 años, convirtiéndose en un problema especialmente de las mujeres jóvenes ⁽⁵⁾.

El dolor menstrual, de cualquier intensidad, es un fenómeno muy frecuente. Diversas estadísticas indican que más del 50% (y hasta casi el 75 %) de las adolescentes lo presentan una de cinco ⁽⁴⁾.



Su presentación clínica es de severidad variable, pudiendo llegar a ser incapacitante y ocasionando problemas de ausentismo, disminución del rendimiento a nivel laboral y/o escolar, alteraciones en el estado anímico y afectación de las relaciones interpersonales. Teniendo en cuenta que es la alteración más frecuentemente asociada a la menstruación y que cualquier mujer tiene un riesgo potencial de padecerla, puede considerarse esta entidad como una problemática social de gran interés para todas las personas y/o espacios que se ven íntimamente involucrados con el trabajo activo y/o pasivo de las mujeres⁽⁵⁾.

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que la dismenorrea es la alteración más frecuentemente asociada a la menstruación y que cualquier mujer tiene un riesgo potencial de padecerla⁽⁵⁾; se creyó conveniente investigar “DISMENORREA, FACTORES ASOCIADOS Y MANEJO FARMACOLÓGICO Y/O TRADICIONAL EN LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS BEATRIZ CUEVA DE AYORA Y PÍO JARAMILLO ALVARADO DE LA CIUDAD DE LOJA”.

Los objetivos específicos de este trabajo investigativo fueron: 1) Determinar la frecuencia de dismenorrea en las adolescentes y el grupo etario, 2) Identificar los síntomas asociados más frecuentes que presentan las adolescentes con dismenorrea, 3) Definir el inicio de la menarquia y su relación con la dismenorrea, 4) Conocer cuál es el tratamiento médico y/o tradicional más común utilizado por las adolescentes con dismenorrea y la automedicación. 5) Establecer si existe asociación de la dismenorrea con: ausentismo académico, antecedente materno de dismenorrea y tipo de alimentación más frecuente en las estudiantes.



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



4. MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN:

Etimológicamente la palabra Adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa crecer.

Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años⁽²⁾.

Las familias que tienen a un preadolescente en casa se preocupan por el paso de primaria a Secundaria, los cambios de humor, las influencias de los amigos, el riesgo de fracaso escolar, el posible consumo de drogas, la información sexual, y otras cuestiones de similar importancia. Las preocupaciones de los padres y madres de adolescentes suelen ser bastante más serias que habitaciones desordenadas, cambios de tallas en ropa y calzado, o el olor de las zapatillas deportivas.

Los estudios científicos confirman que si bien es cierto que algunos adolescentes encuentran obstáculos, la mayoría los superan llegando a ser adultos que encuentran su lugar en la vida, se relacionan satisfactoriamente y llegan a ser buenos ciudadanos ⁽⁶⁾.

Cambios en la adolescencia



Las preocupaciones de los padres y madres de adolescentes suelen ser bastante más serias que habitaciones desordenadas, cambios de tallas en ropa y calzado, o el olor de las zapatillas deportivas.

Con la entrada en la adolescencia el niño que teníamos en casa irremediablemente deja de serlo. Durante un periodo de aproximadamente cuatro años se producen cambios importantísimos que transformarán al niño en un joven totalmente preparado para la vida adulta.

Cambios físicos

No solo cambia la estatura y la figura, aparece el vello corporal, púbico y en las axilas. En las chicas comienza la menstruación y se desarrollan los senos. En los chicos se desarrollan los testículos. Cada adolescente inicia la pubertad en un momento distinto, si bien las chicas se desarrollan algo primero (dos años más o menos).

Estos cambios físicos suelen traer consigo preocupaciones sobre su “imagen” y su aspecto físico que muestran dedicando horas a mirarse en el espejo o quejándose por ser “demasiado alto o bajo, flaco o gordo”, o en su batalla continua contra granos y espinillas (acné). Conviene tener en cuenta que el cuerpo no se desarrolla todo al mismo tiempo ni con la misma rapidez por lo que la coordinación de movimientos puede sufrir alteraciones provocando temporadas de torpeza.

Las diferencias de tiempo entre unos y otros pueden dar lugar a preocupaciones: los que tardan más (especialmente los varones) pueden sentirse inferiores ante algunos compañeros y dejar de participar en actividades físicas o deportivas; las chicas que se desarrollan primero pueden sentirse presionadas a entrar en situaciones para las que no están preparadas emocional ni mentalmente.

Sea cual sea su velocidad de desarrollo muchos adolescentes tiene una visión distorsionada sobre sí mismos y necesitan que se les asegure que las diferencias son perfectamente normales.



SÍNDROME PREMENSTRUAL

Es un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y de conducta, que aparecen durante la fase lútea, poco antes de la menstruación y desaparecen poco después del inicio de la misma. Se asocia dismenorrea y se relaciona con desórdenes en la serotonina y el ácido GABA en mujeres susceptibles.

Desorden disfórico premenstrual: Es la forma severa del síndrome premenstrual, que produce disfunción o incapacidad significativa y altera por completo las relaciones interpersonales⁽⁷⁾.

ETIOLOGÍA

La etiología del síndrome premenstrual es desconocida, sin embargo se han propuesto varias teorías de causas hormonales y neuroendocrinas.

En condiciones normales, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) estimula la secreción de hormona luteinizante (LH) y la hormona estimulante del folículo (FSH) por la hipófisis.

A su vez, tanto los estrógenos como la progesterona inducen en el endometrio la producción de PGF- 2 α . En el síndrome premenstrual este mecanismo fisiológico se encuentra desequilibrado, bien por un defecto de serotonina, bien por un aumento de la producción ovárica de estrógenos y progesterona o por un aumento de la vasopresina, cuyo papel todavía no ha sido completamente dilucidado. En cualquier caso, el resultado es un aumento de las prostaglandinas en el miometrio, que además de producir contracciones uterinas son las responsables del dolor que acompaña al síndrome premenstrual.

Es también posible una influencia directa de las hormonas ováricas ya que la dismenorrea desaparece cuando el ciclo menstrual es suprimido. Las alteraciones de los niveles hormonales podrían afectar a algunos de los neurotransmisores como la serotonina, aunque estos niveles hormonales son normales en las mujeres con síndrome pre menstrual. Se supone que las mujeres responden a un tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.



CAUSAS

- Exceso de estrógenos
- Déficit de progestágenos
- Déficit de piridoxina
- Alteración de los glúcidos
- Socioculturales

DIAGNÓSTICO ⁽⁷⁾

- Anamnesis

Síntomas somáticos:

- Edemas
- Cefaleas
- Tensión mamaria
- Distensión abdominal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor en miembros inferiores

Síntomas emocionales:

- Depresión
- Irritabilidad
- Fatiga
- Apetito inusual

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DESORDEN DISFÓRICO PREMENSTRUAL

Un año de duración de los síntomas los cuales están presentes en la mayoría de los ciclos. Cinco de los siguientes síntomas los cuales ocurren durante una semana antes de la menstruación y remiten con la menstruación.

- Irritabilidad – labilidad afectiva
- Estado depresivo o desesperanzador
- Tensión o ansiedad
- Disminución de interés por las actividades
- Dificultad en la concentración
- Cambios en el sueño



- Pérdida de control- falta de energía
- Cambio en el apetito

Otros síntomas físicos (tensión mamaria, hinchazón)

TRATAMIENTO

a) No farmacológico

- Educación
- Dieta equilibrada (hiposódica antes y durante la menstruación)
- Ejercicio físico

b) Farmacológico

1. La terapia con AINES debe iniciarse antes del comienzo del dolor y continuar hasta el final de la menstruación

Ibuprofeno: 400-600 mg VO c/6 horas

Naproxeno 250mg VO c/6 horas – 500mg VO c/12 horas

Diclofenaco 50mg VO c/8 horas

2. Hormonales Anovulatorios: (microdosis: levonorgestrel 0.15 ucg + etinilestradiol 0.30ucg 1 tableta diaria desde el día 1-28 del ciclo durante 6 ciclos.

3. Diuréticos: si hay aumento de alrededor de 1.5 kg de peso premenstrual, espironolactona 25mg 2-3 veces al día durante los días 18-26 del ciclo.

4. Psicofármacos: fluoxetina 20mg c/día, 24 horas antes y durante la menstruación, reservada para las pacientes con desorden disfórico premenstrual.



DISMENORREA

DEFINICIÓN

Dismenorrea (de dys: difícil, mens: mes y rhoja: flujo), bajo el término de “Cólicos Menstruales”, “Dolores Menstruales”, “Menstruación Dolorosa”, o “Trastornos Menstruales” se define como la menstruación difícil o dolorosa. La característica principal es su periodicidad mensual y la presencia de dolor⁽⁷⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Mundialmente su importancia viene marcada por ser un problema de gran magnitud, en la gran mayoría de las mujeres. La incidencia varía de un 10 al 90% donde las menstruaciones han sido dolorosas en algún momento de la vida según la población estudiada; la prevalencia de la dismenorrea en la adolescencia es de 43 a 93%. Entre el 10 a 15% de las mujeres que la padecen, pueden presentar cuadros severos de dolor, y en el 5% pueden ser tan severo que genera notoria incapacidad para las actividades diarias, siendo importante causa de ausentismo académico y/o laboral de 1 a 3 días⁽¹⁾.

CLASIFICACIÓN

DISMENORREA PRIMARIA

Dolor menstrual sin patología orgánica, por aumento de la producción de prostaglandinas endometriales (especialmente PG F2 α y E2), tromboxanos, leucotrienos y vasopresina circulante⁽⁷⁾.

Estos compuestos se incrementan en el endometrio secretor, en comparación con lo que ocurre con el endometrio proliferativo. La disminución de las concentraciones de progesterona durante la fase luteínica tardía desencadena la acción de las enzimas líticas, lo que ocasiona liberación de fosfolípidos con generación de ácido araquidónico y activación de la vía de la ciclooxigenasa.

Las mujeres con dismenorrea primaria tienen tono uterino más alto, y las concentraciones del útero de gran amplitud generan disminución del flujo sanguíneo uterino⁽¹²⁾.



DISMENORREA SECUNDARIA

La dismenorrea secundaria suele ocurrir años después de iniciarse la menarquia. Por definición no refleja la edad de inicio, sino que consiste en dolor menstrual cíclico acompañante de un trastorno patológico pélvico subyacente. El dolor de la dismenorrea secundaria suele iniciarse unas dos semanas antes de la menstruación y persiste hasta unos cuantos días después de interrumpirse la hemorragia.

Los mecanismos subyacentes a la dismenorrea secundaria son diversos y no se han podido aclarar del todo, aunque en su mayor parte se caracterizan por una producción excesiva de prostaglandinas o contracciones uterinas hipertónicas secundarias a obstrucción cervical, tumoraciones intrauterinas o cuerpo extraño dentro del útero. La causa más común de dismenorrea secundaria es la endometriosis, seguida por adenomiosis y por dispositivos intrauterinos.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia varía de acuerdo a la clase de dismenorrea:

Dismenorrea primaria ocurre sin una causa aparente, el dolor se atribuye a:

- Los niveles de prostaglandinas están elevadas en la sangre menstrual de las pacientes con dismenorrea primaria, la PE-2 (produce vasodilatación y disminuye la agregabilidad plaquetaria) y particularmente la PF-2alfa (es un potente estimulante de la contractibilidad uterina); esta prostaglandina es sintetizada y liberada a nivel endometrial, actúa sobre los receptores presentes en los vasos rectos, produciendo vasoconstricción marcada que conllevará a la necrosis endometrial, a la vez modifica la contractibilidad de las fibras uterinas produciendo isquemia al interior del miometrio uterino y la contracción miometrial es de tal intensidad que producirá aumento en la presión intrauterina hasta 200 o 300mm de Hg, con aumento del tono basal y disminución en el nivel de relajación entre contracciones. Además de sensibilizar las terminaciones nerviosas.



- Elevación de los niveles de leucotrienos.

Dismenorrea secundaria es causada por:

- Endometriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Adenomiosis
- Quistes de ovario
- Embarazo patológicos (intra o extrauterinos)
- Alteraciones obstructivas de las vías genitales
- Miomas uterinos
- Tumores en cavidad pélvica
- Adherencias abdominales
- DIU ⁽¹⁾

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Al examen, los signos vitales son normales. La región suprapúbica puede ser hipersensible a la palpación. Son normales los ruidos intestinales, y no hay hipersensibilidad de la parte alta del abdomen ni hipersensibilidad de rebote⁽¹²⁾.

Dolor cíclico que va asociado siempre a la fase menstrual, relacionada con ciclos ovulatorios, se inicia 2 a 3 días antes del despegue menstrual alcanzando su pico con el mayor volumen del flujo menstrual, desapareciendo en forma gradual al final del día, generalmente dura de 8 a 72 horas.

Síntomas neurovegetativos acompañantes:

- Náusea y vómito.
- Diarrea.
- Cefaleas
- Astenia o sensación de cansancio y debilidad muscular.
- Lumbalgia



En casos extremos se puede acompañar de lipotimias o pérdidas súbitas de conciencia, mareos y nerviosismo.

Andersch y Milson clasificaron la severidad de la dismenorrea primaria en grados.⁽⁷⁾

GRADO	SEVERIDAD	HABILIDAD LABORAL	SÍNTOMAS SISTÉMICOS	ANALGÉSICOS
1	Leve Menstrúa con molestias Dolor leve	Raramente la afecta	No	Esporádicos
2	Moderada Está afectada la actividad diaria	Puede haber ausencia escolar o laboral	Pocos	Requiere
3	Severa Síntomas vegetativos: náuseas, vómitos, etc.	Actividad claramente inhibida	Sí	Pobre efecto

DIAGNÓSTICO

Anamnesis investigara las características del dolor que es diferente entre las dos clases de dismenorrea; en la dismenorrea primaria el resto de exámenes es normal y el diagnóstico es por exclusión

Exploración física se pueden encontrar alteraciones a la inspección o palpación de acuerdo a la causa de la dismenorrea secundaria.

Hemograma, en busca de infección

Ecografía

Laparoscopia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre dismenorrea primaria y secundaria.

Causas Urológicas: IVU, Litiasis renal, Diverticulosis, Cistitis intersticial, Neoplasia cervical.



Causas Gastrointestinales: Síndrome de Colon Irritable, Diverticulitis, Hernias, Constipación Crónica, Neoplasias, Endometriosis Intestinal.

Causas Músculo Esqueléticas: Desviaciones de la columna lumbar, Hernias discal, Lesiones músculo esqueléticas.

Causas Psicógenas ⁽¹⁾

TRATAMIENTO

Tratamiento de la dismenorrea

INHIBIDORES DE LA SINTESIS DE PG (prostaglandinas): constituyen el primer peldaño del tratamiento. La administración se realiza durante los 2 o 3 primeros días de la regla, no habiéndose comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia es necesario mantener los tratamientos 5-6 meses e incluso cambiar de uno a otro compuesto hasta conseguir el más eficaz para cada paciente.

- ANOVULATORIOS: si la dismenorrea no mejora con terapia anterior, si se asocian hemorragias cuantiosas o si la joven desea un método anticonceptivo, estos fármacos constituyen la segunda arma terapéutica, con los cuales conseguimos la eliminación del dolor en el 90% de los casos.

- Cuando las medidas terapéuticas anteriores no resuelven el cuadro de dolor hay que recurrir a la laparoscopia para descartar patología orgánica responsable. ⁽¹³⁾

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): Administrar 24 a 48 horas antes del inicio de la menstruación.

Ibuprofeno: 400-600 mg VO c/6 horas.

Naproxeno: 250 mg VO c/6 horas o 500 mg VO c/12 horas.

Diclofenaco: 50 mg VO c/8 horas



- Hormonales: Anovulatorios: levonorgestrel 0.15 mg + etinilestradiol 0.03 mg, 1 tableta diaria desde el día 1 al 28 del ciclo, durante seis ciclos.
- Antiespasmódicos: Pramiverina 2mg – 1 tableta VO c/8 horas, en caso de dismenorrea leve.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

- Explicación de los acontecimientos naturales que se producen durante la menstruación
- Calor local: puede ser con una almohadilla térmica sobre el abdomen
- Masajes suaves
- Dieta balanceada
- Cambio de hábitos: estimular la actividad física ⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO NATURAL

Son muchas las ayudas que podemos encontrar a nuestro alrededor, para aliviar los dolores menstruales, sin tener la necesidad de recurrir a los medicamentos.

La alimentación influye en las hormonas, por lo que es muy importante seguir una dieta adecuada. La cafeína y las grasas saturadas estimulan la liberación de prostaglandinas nocivas. Por el contrario, los ácidos grasos esenciales son necesarios para producir prostaglandinas beneficiosas, que las neutralizan. Las comidas picantes también pueden desencadenar dolor por lo que, una semana antes, se deben evitar.

Se ha visto que el tabaco está asociado a una mayor frecuencia de síntomas y alteraciones menstruales. Es recomendable dejar de fumar (e incluso alejarse de ambientes expuestos a tabaco) si existe dolor menstrual importante.

Por supuesto, existen diferentes plantas que pueden ayudarnos.

- **Infusión de manzanilla y jengibre:** La manzanilla es ideal gracias a sus propiedades medicinales que posee. Es muy útil para tratar dolores menstruales, principalmente por el efecto sedante que posee esta planta. El



jengibre por su parte es ideal para reducir los dolores por ser un antiespasmódico natural.

- **Angélica:** Contiene fitohormonas, capaces de provocar un equilibrio y buen funcionamiento de las hormonas femeninas, de tal forma que tienen la capacidad de regular la función de la matriz a largo plazo.
- **Salvia, caléndula y verbena:** Se caracterizan por su reconocida acción reguladora menstrual y favorecen el equilibrio hormonal.
- **Artemisa:** Además de ser una gran reguladora de la menstruación, tiene un efecto depurativo y estimulante.
- **Aquilea (o milenrama):** Reduce la ansiedad y la irritabilidad. También, como aceite esencial, contrarresta los dolores convulsivos en el vientre y la hinchazón, así como los dolores lumbares.
- **Bolsa de pastor:** Muy utilizado en ginecología por su poder hemostático (contra hemorragias) en los casos de menstruación abundante²⁸.

ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Introducción

La evidencia científica ha demostrado que una adecuada alimentación y ejercicio físico pueden ayudar a la población a mantener un peso saludable, reducir el riesgo de enfermedades crónicas y promover una salud óptima.

En los últimos años, se han producido diversos cambios en los estilos de vida de la población y con ello en la alimentación de niños y adolescentes. Varios estudios en nuestro país han observado un mayor consumo de energía, proteínas, grasas animales y productos manufacturados ricos en grasas, azúcares refinados y sal, junto con un bajo aporte de hidratos de carbono complejos y determinadas vitaminas y minerales.

Esto ha sido debido a varios factores, como un mayor desarrollo económico, el avance tecnológico alimentario, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo,



las nuevas estructuras familiares, la influencia de la publicidad y medios de comunicación y la incorporación más temprana de los niños a la escuela, junto con la posibilidad de elegir sus menús sin la supervisión familiar.

Durante la infancia y adolescencia, es necesario un equilibrado aporte nutricional y ejercicio físico para obtener un adecuado estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo físico y psicosocial y ayudar al establecimiento de hábitos alimentarios saludables que permitan prevenir problemas de salud futuros. Los hábitos alimentarios y los patrones de ingesta empiezan a establecerse a partir de los dos años de vida y se consolidan en la primera década, persistiendo en gran parte en la edad adulta. Además de la familia y la escuela, los profesionales sanitarios deben supervisar la alimentación infanto-juvenil, tanto en la consulta programada, como en la espontánea para prevenir problemas actuales y futuros.

Requerimientos nutricionales

Las recomendaciones nutricionales deben tener en cuenta las ingestas de nutrientes necesarios para evitar carencias y también para prevenir patologías.

La energía es el requerimiento básico de la dieta. Si no se cubren sus necesidades, las proteínas, vitaminas y minerales no pueden utilizarse de forma efectiva en las funciones metabólicas (las proteínas se usan para energía y no para síntesis de tejidos, comprometiendo el crecimiento). Por otro lado, el exceso de aporte energético se almacena como grasa con el consiguiente perjuicio.

Los requerimientos energéticos están determinados por el metabolismo basal, la termogénesis postprandial, la actividad física y el crecimiento. Hay otros factores que influyen sobre el gasto energético, como: la temperatura ambiental (> 30°C aumenta un 5% por la actividad de las glándulas sudoríparas, temperaturas menores de 14°C aumentan el consumo en un 5%), la fiebre (elevación del 13% por cada grado superior a 37°C) o el sueño (disminuye un 10% los requerimientos por la relajación muscular).



Las proteínas son necesarias para el crecimiento, desarrollo y el mantenimiento de los tejidos, participando en casi todos los procesos metabólicos del organismo. Se encuentran en el organismo en continuo proceso de degradación y síntesis, gran parte de sus productos metabólicos son excretados (creatinina, urea, ácido úrico) y también se pierden en pelo, piel, uñas y heces, por lo que es necesario un continuo aporte en la dieta. Para una dieta equilibrada, es necesario que el 10-15% de las calorías procedan de las proteínas. Las proteínas de origen animal son más ricas en aminoácidos esenciales que las vegetales y deben proporcionar aproximadamente el 65% de las necesidades proteicas en el preescolar y el 50% en el adolescente. Las de origen vegetal (cereales y legumbres) son ricas en metionina y lisina, respectivamente.

La mitad del aporte energético debe provenir de los hidratos de carbono (50-65%). El principal carbohidrato del lactante es la lactosa. Posteriormente, se recomienda el uso de carbohidratos complejos de absorción más lenta (vegetales, cereales, pan, pastas, arroz, frutas frescas) y disminuir el aporte de azúcares simples (monosacáridos y disacáridos) de absorción rápida al 10% del total.

En la infancia y adolescencia, excepto en determinadas situaciones, no son necesarios los suplementos de vitaminas y minerales, solamente realizar una dieta variada y equilibrada. Según el Comité de Nutrición de la AAP, se recomiendan suplementos en: niños y adolescentes de familias con desorganización social, los que sufren negligencia o abuso de los padres, aquellos con anorexia, apetito escaso y caprichoso, o los que consumen dietas de moda o vegetarianas estrictas, niños con enfermedades crónicas (fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad hepática), niños con dietas estrictas para controlar la obesidad y jóvenes embarazadas.

Adolescencia. Características

Durante la adolescencia aumentan las necesidades nutricionales, se establecen hábitos alimentarios especiales y pueden aparecer situaciones de riesgo nutricional.



La adolescencia es un período de intensos cambios físicos, psicológicos y sociales, que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina alrededor de los veinte, cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial. Es una etapa de gran riesgo nutricional, ya que aumentan mucho las necesidades, se producen cambios alimentarios y, también, pueden aparecer muchas situaciones de riesgo.

Durante la pubertad el adolescente adquiere el 25% de su talla adulta (con una velocidad de 8-12 cm/año), el 40- 50% de su peso definitivo, se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se producen importantes cambios en la composición corporal (aumenta un 50% su masa esquelética, casi se duplica la masa muscular, aunque es algo menor en las chicas, la cantidad y distribución de la grasa varía según el sexo así, a los 20 años, las chicas tienen el doble de tejido adiposo que los varones y 2/3 de su masa muscular). También, se produce un aumento del volumen sanguíneo y de los órganos internos.

Adopción de hábitos alimentarios especiales

Debido al sentimiento de autonomía, a la importancia que adquiere su aspecto corporal, a las diferentes situaciones familiares y a la mayor influencia de los amigos y medios de comunicación, el adolescente presenta hábitos de riesgo, como son:

- Suprimir o restringir comidas

Generalmente, son el desayuno o la comida. Varios estudios observan que entre el 30-50% de los adolescentes no desayunan o lo hacen de forma irregular e insuficiente, esto puede ser compensado a lo largo del día con picoteos o refrigerios, pero no siempre es así. También, se ha observado que los adolescentes que no desayunan presentan más dificultades en el aprendizaje y en el rendimiento escolar.

- Comer fuera de casa realizando comidas rápidas (*fast-foody fun-food*)

Su repercusión sobre el estado nutritivo depende de la frecuencia de uso.



- Comer entre comidas (*snacksy picoteos*)

Esto conduce a una disminución del apetito, además suelen tener bajo valor nutritivo y alto valor calórico (galletas, dulces, bebidas carbonatadas chocolates, etc.) lo que favorece la obesidad, la caries y los malos hábitos.

- Disminuir el aporte de leche y aumentar las bebidas azucaradas (refrescos).

Posibles problemas nutricionales

Estudios realizados en nuestro país en los últimos años demuestran que la ingesta energética en los adolescentes es ligeramente inferior a las recomendaciones establecidas. Hay un desequilibrio en el aporte de nutrientes, la energía procedente de los lípidos (36-50%) es muy superior a los valores recomendados con igual patrón que en edades previas. La ingesta de proteínas es muy superior a las recomendaciones y hay un insuficiente aporte de hidratos de carbono complejos (36,5-43%). Varios estudios demuestran un bajo consumo de frutas, vegetales, fibra, potasio, exceso del consumo de azúcares refinados, sal y bebidas refrescantes.

Recomendaciones nutricionales

En la adolescencia es preciso un estrecho control por parte de los profesionales sanitarios para prevenir patologías por defecto y exceso de nutrientes. Es la última oportunidad para educar al joven antes de incorporarse a la etapa adulta.

- Individualizar las dietas. Es preciso individualizar las dietas teniendo en cuenta la edad, el sexo (los varones ganan peso más rápidamente y a expensas de masa muscular y esqueleto, mientras que las mujeres ganan más grasa), la talla y velocidad de crecimiento. Hay que evitar sobrecargas si la maduración del joven es más lenta.
- Aporte calórico y distribución de principios inmediatos. El aporte de calorías será igual que en el preescolar y escolar, así como el reparto calórico en cuatro-cinco comidas a lo largo del día y el tipo de cocinado.



- Sobrepeso y obesidad. La intervención será una dieta variada y equilibrada, así como actividad física para no interferir en el periodo de crecimiento y desarrollo. Las dietas restrictivas como única medida para perder peso son muy peligrosas. La participación de la familia, la motivación y la modificación del entorno juegan un papel fundamental.
- Trastornos del comportamiento alimentario.

Los profesionales deben estar alertas en la consulta y antes de prescribir dietas. Observar a adolescentes con sobrepeso/obesidad e investigar factores de riesgo asociados. Controlar mientras se realizan dietas justificadas (objetivo creciente de pérdida de peso, rechazo creciente a la figura corporal, aislamiento social progresivo, irregularidades menstruales o actividades purgativas). Vigilar los que precisan mantener un peso determinado (deportistas, bailarinas).

En esta etapa, será preciso vigilar el desayuno, los picoteos y comidas rápidas, así como los comedores de los centros docentes y el uso de anticonceptivos.

Controlar el tiempo dedicado a la televisión, móvil, máquinas e internet. Se estimulará el ejercicio evitando el tabaco, alcohol y drogas, fomentando los hábitos de vida saludables⁽¹⁴⁾.

MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA

De acuerdo a la OMS los términos “*medicina complementaria*” y “*medicina alternativa*”, son utilizados indistintamente junto con el de “*medicina tradicional*” en algunos países, los cuales hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

El Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), ha definido la Medicina Alternativa y Complementaria (CAM) como un grupo de



diversos sistemas de atención médica y de salud, prácticas y productos que actualmente no se consideran parte de la medicina convencional, las “complementarias” se refiere a las prácticas utilizadas en conjunto con las terapias convencionales, mientras que las “alternativas” se aplica a las prácticas que se utilizan en lugar de las prácticas convencionales.

Es así como podemos decir que la Medicina Alternativa y complementaria es el conjunto de aquellas intervenciones, prácticas y sistemas médicos que no hacen parte de del sistema médico convencional, mediante la cual se pretende ofrecer al paciente otras propuestas de tratamientos adicionales a las convencionales que le infunden a la práctica de la medicina un mayor sentido humanístico⁽¹⁵⁾.

GENERALIDADES:

Un crecimiento continuo en el número de consultas médicas con especialistas en homeopatía y la acupuntura y en la búsqueda de terapias complementarias se puede observar en el contexto de la asistencia sanitaria privada en Brasil. Este crecimiento no se produce con la misma intensidad en los servicios de salud públicos, lo que sugiere por lo tanto acceso socialmente desigual a estas terapias.

Reconociendo el pluralismo terapéutico de cada país y reflejar esto en el cuidado de la salud es un reto cuando se planifican las políticas públicas. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Alma-Ata Conferencia Internacional de 1978, actualizado en 2002, sugieren estrategias para la aplicación de la medicina tradicional y tipos complementarios y alternativos de la medicina (TM / CAM) en los servicios de salud pública de los países miembros.

La creciente demanda de medicina complementaria y terapias y su creciente aceptación por parte de profesionales de la salud es un hecho relativamente reciente. Eisenberg mostró que un tercio de los estadounidenses utiliza un cierto tipo de la medicina o terapia complementaria en 1993, con un aumento de la investigación sobre esos temas desde ahora. En las últimas décadas, las técnicas de origen en diferentes contextos culturales y las tradiciones de curación como la



acupuntura lentamente se han probado y reconocido por la biomedicina y se incorporan en las especialidades médicas. El reconocimiento social, académico e institucional de estas terapias enfatizan el consenso que existe la biomedicina, entre otros tipos de atención, en un contexto cultural caracterizado por el pluralismo atención terapéutica o la salud (de acuerdo con Helman) a pesar de mantener su hegemonía en un mundo cada vez medicalización.

Exhaustividad cuidado de la salud, establecido como una directiva por la 8^a Conferencia de Salud de Brasil y formalizado como un principio doctrinal del Sistema Único de Saúde (SUS - Sistema Único de Salud), apunta a la oferta de estas terapias en Brasil. Pueden contribuir al de-medicalización parcial de la atención profesional, además de la que está siendo valorado y esperado socialmente. Decreto 971, aprobada en 2006, prevé la inclusión de la homeopatía, las plantas medicinales / fitoterapia, la acupuntura / medicina china y la terapia de agua termal en el SUS, principalmente en la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo es promover un aumento en el número de enfoques para la salud y para hacer de la promoción; disponibles, preventivos y las opciones terapéuticas a los usuarios del SUS, que son diferentes de la biomedicina.

Los estudios demuestran que los profesionales de la salud, especialmente los médicos, no son conscientes de las terapias complementarias, a pesar de su interés en aprender acerca de ellos y de acuerdo con su inclusión en los servicios de salud pública o cursos en el área de salud. Se obtuvieron resultados similares con los estudiantes de medicina.

Movimientos sociales organizados estaban a favor de la aplicación de terapias complementarias y de integración (CIT) en el SUS, en la ciudad de Florianópolis, Sur de Brasil. El 2003 y 2006 *Conferências Municipais de Saúde* (Conferencias Municipales de Salud), complementada en 2007, incluye orientación sobre la inclusión de las TIC en la red básica de salud y la provisión de los medicamentos homeopáticos y los suministros de acupuntura en sus resoluciones finales.



La demanda de estudios sobre este tema en Brasil se observa, sobre todo en la relación entre los profesionales de Atención Primaria y los tipos complementarios de la medicina y las terapias. Estudios de esta naturaleza podrían permitir la observación de esta relación en Brasil, además de la construcción de políticas y proyectos de inclusión y la oferta de este tipo de terapias en las ciudades. Los médicos y las enfermeras son agentes de atención clave en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia (ESF - Estrategia de Salud Familiar) e importantes actores sociales en la atención de la salud, con una gran responsabilidad en las acciones de diagnóstico y orientación preventiva y terapéutica⁽¹⁶⁾.

Servicios Estatales de Salud y Pueblos Indígenas del Ecuador

Quizá el único ejercicio de indagación más cercano a la situación de salud y de los recursos propios de las medicinas tradicionales en los pueblos indígenas, lo constituya la Encuesta nacional realizada durante el año 2004, con auspicio del Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE).

La mayor parte de las comunidades indígenas adolece de los beneficios de las actividades de promoción y prevención de los riesgos estomatológicos y de la salud bucal determinados por riesgos nutricionales.

Pocas son las comunidades indígenas que cuentan con yachaks, esto es, con sanadores que en el acto de curación o sanación median entre la divinidad y sus pacientes. La mayor concentración de yachaks se encuentra entre los kichwa amazónicos y shuar; en la sierra, en cambio, entre los otavalos; y en la costa, en la nacionalidad chachi. Un poco más de comunidades cuenta con curanderos, esto es, con sanadores que tratan todas las enfermedades del “campo” y buena parte de las enfermedades de Dios y del cuerpo. Su mayor concentración se halla entre los cofanes, secoyas, shiwiar y shuar, de la región amazónica. En la sierra su mayor concentración se halla entre los Kitu kara y otavalos²⁷.

Sistemas de salud indígena



Las diferentes culturas especializaron Hombres y Mujeres de Sabiduría no es solo de carácter curativo, sino de liderazgo social, político y espiritual. Ellos promovieron la lucha y resistencia a los colonizadores, y mantuvieron intacto el respeto y veneración.

En Ecuador, el sistema de las medicinas Tradicionales Indígenas guarda correspondencia con las peculiaridades de sus Nacionalidades y Pueblos.

Cosmovisión andina de enfermedad

Para los pueblos indígenas andinos la enfermedad es el resultado de un desequilibrio que se produce entre el propio individuo y su ambiente más cercano, así como con el mundo espiritual; es producto de la trasgresión de las normas morales o sociales.

En general según la concepción indígena, las enfermedades pertenecen a tres grupos:

- Las enfermedades causadas por factores sobrenaturales.
- La enfermedad producida por un desorden de tipo orgánico.
- Las enfermedades como trasgresión de normas morales o sociales.

El sistema de salud indígena en Saraguro

Los miembros indígenas encargados de continuar difundiendo la sabiduría tradicional sobre el uso terapéutico de plantas y otros recursos terapéuticos naturales de la zona de Saraguro, han sido los llamados curadores o sanadores (yachak), reconocidos por su comunidad como hombres y mujeres de sabiduría, los cuales según su experiencia y conocimiento en medicina tradicional pueden ser clasificados como la partera, el yachak, el hierbatero y el sobador.

Plantas medicinales sagradas en la medicina tradicional

El empleo de plantas medicinales y alucinógenas ha formado parte de la experiencia humana por milenios, siendo reciente el conocimiento sobre su contenido en principios químicos y la actividad farmacológica que poseen.



Algunos tratamientos empleados por los Saraguros

Con la finalidad de aportar referencias sobre el alto grado de conocimiento desarrollado en el uso de recursos terapéuticos naturales por los sanadores del pueblo Saraguro, a continuación se indican algunos tratamientos tradicionales utilizados por loshampiyachakkuna de Saraguro²⁷.

SAN PEDRO

Usos: Visionar, Purga, Nervios, antiinflamatorio, desinfectante de heridas, inflamación de la matriz por el frío durante la menstruación.

WANDUNG BLANCO

Usos: Mal de aire, dolores reumáticos y artríticos con Baños, y en bebida mezclada con cholo valiente para inflamación de la matriz por el frío durante la menstruación.

WAMINGA ROJA

Usos: Bebida o baño para endurecer a las parturientas después del parto, y dolores de la matriz.

DUNDUMA (TUTUMA)

Usos: Para aliviar cólicos menstruales, diarreas.

AJO SILVESTRE O DE MONTE

Usos: Aliviar dolores del cuerpo, gripe, fiebre, vómito, dolor del hígado, cólicos.

UÑA DE GATO

Usos: Dolor del cuerpo, dolor muscular, dolor de riñones, diarrea, úlceras, cólicos reumatismo²⁸.



METODOLOGÍA



5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

El presente trabajo investigativo fue de tipo Descriptivo y Transversal ya que se lo realizó con datos recolectados desde el mes de junio del 2013 a octubre del 2014. Descriptivo porque en este tipo de estudio identificamos la frecuencia de la dismenorrea y el grupo etario más afectado en las adolescentes de los colegios estudiados, los síntomas asociados más frecuentes que se presentaron, el tratamiento médico y/o tradicional de mayor elección la automedicación, el ausentismo académico y el inicio de la menarquia.

Área de estudio.

Lugar y ubicación: Se lo realizó en dos instituciones

- Colegio Fiscal Beatriz Cueva de Ayora ubicado en la Av. Orillas del Zamora entre 10 de Agosto y Virgilio Abarca.
- Colegio Fiscal Pío Jaramillo Alvarado ubicado en la calle Bolívar entre Catacocha y Lourdes.

Universo

Correspondió a las estudiantes matriculadas en los Centros Educativos previamente mencionados con un número de 3475 estudiantes.

Muestra

Estudiantes matriculadas en 9^{no} año de educación básica, en las secciones Matutina y Vespertina de los Centros Educativos mencionados.

Utilizando la siguiente formula puedo calcular el tamaño de la muestra necesaria para mi investigación.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra



- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)
- q = 1 – p (en este caso 1-50 =49)
- d = Precisión o error admitido 0.05

$$n = \frac{495 \times 3.841 \times 0.50 (49)}{0.0025(494) + 3.841 \times 0.5(49)}$$

tamaño de la muestra = 382

De esta población únicamente se encontró 274 casos de dismenorrea y por este motivo esta será nuestra muestra de estudio.

Tipo de Muestreo: Se utilizó para la selección de la muestra el muestreo no probabilístico intencional o deliberado ya que la muestra debía cumplir algunas características y criterios para ser estudiadas.

Tiempo

El presente trabajo investigativo se inició en el mes de Junio del 2013 y culminó el 17 de octubre del 2014.

Criterios de inclusión:

- Serán tomados en cuenta las adolescentes que estén matriculadas en 9^{no} año de educación básica de las secciones Matutina y Vespertina de los Centros Educativos a estudiar.
- Las estudiantes que ya hayan iniciado la menarquia.
- Las estudiantes que presenten dismenorrea.
- Las estudiantes que aceptaron participar de este estudio, previo consentimiento informado al representante de las estudiantes.

Criterios de exclusión:

- Serán excluidas del estudio las alumnas que aún no presenten la menarquia y que no presenten dismenorrea.



- Las que no quieran participar en el trabajo investigativo por cualquier motivo que manifiesten.
- Aquellas estudiantes de cursos inferiores o superiores a los mencionados,
- Las estudiantes que estén matriculadas en la sección Nocturna y Semi Presencial del Colegio Pio Jaramillo Alvarado.

Métodos e Instrumentos de recolección de datos

Método:

- La encuesta que nos ayudó a poder evaluar los factores asociados a la dismenorrea y el manejo farmacológico y/o tradicional en las adolescentes de las instituciones antes mencionados, además el grupo etario que presenta el problema planteado.

Instrumentos: Encuesta elaborada por el autor (anexo 2)

Procedimiento para la recolección de datos:

- Se solicitó a la autoridad respectiva de los colegios que se conceda la autorización para la aplicación de las encuestas a las estudiantes.
- Consentimiento informado dirigido a los padres de las estudiantes, para hacerles conocer el procedimiento investigativo (anexo 1).
- Aplicación de encuesta a las estudiantes de los colegios mencionados anteriormente: en donde se usaron los datos obtenidos de cada una de las preguntas (anexo 2).
- Una vez realizada la recolección de datos se procedió a realizar el procesamiento de resultados, el cual la información del instrumento utilizado fue procesada y resumida en tablas estadísticas, de frecuencia y porcentaje (%) elaboradas con el programa computarizado Microsoft Excel con su respectivo análisis y posteriormente se redactó el informe final para la presentación ante el tribunal.



RESULTADOS



TABLA N° 1

FRECUENCIA DE LA DISMENORREA SEGÚN EL GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 a 13años	175	64%
14 a 15años	94	34%
≥16 años	5	2%
TOTAL	274	100%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: Luego de la recolección de datos; se puede observar en el presente cuadro que se presentaron 274 casos de dismenorrea en las adolescentes estudiadas; el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 12 a 13 años en un 64%, seguido de los 14 a 15 años con 94 casos que corresponde al 34%.



TABLA N° 2

**PRINCIPALES SÍNTOMAS QUE PRESENTARON LAS ADOLESCENTES CON
DISMENORREA**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor de cabeza	93	34%
Náuseas	25	9%
Irritabilidad	24	9%
Depresión	17	6%
Vómito	15	5%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: El principal síntoma que presentaron las adolescentes con dismenorrea fue: Cefalea con el 34%, seguido de las náuseas e irritabilidad con el 9% y en menor equivalencia la depresión y el vómito con el 6 y 5% respectivamente.



TABLA N° 3

INICIO DE LA MENARQUIA Y SU RELACIÓN CON LA DISMENORREA

INICIO DE LA MENARQUIA	CASOS DE DISMENORREA	PORCENTAJE
10 AÑOS	2	1%
11 AÑOS	14	5%
12 AÑOS	137	50%
13 AÑOS	116	42%
14 AÑOS	3	1%
15 AÑOS	2	1%
TOTAL	274	100%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a esta tabla se puede evidenciar que el inicio de la menarquia en las adolescentes con dismenorrea se presentó con mayor frecuencia; a los 12 años con un número de 137 correspondiente al 50%, siendo así esta edad la de mayor número de casos. Seguido de los 13 años con el 42% presentándose en 116 casos. El inicio más temprano de la menarquia se presentó a los 10 años y el inicio más tardío se dio a los 15 años en 2 casos respectivamente.



TABLA N° 4
TRATAMIENTO MÉDICO MÁS UTILIZADO POR LAS ADOLESCENTES CON
DISMENORREA

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ibuprofeno	132	65%
Naproxeno (Apronax)	30	15%
Paracetamol o Acetaminofén	28	13%
Diclofenaco	14	7%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: Con respecto al tratamiento médico de los 274 casos de dismenorrea en las adolescentes; (204) refirieron tomar medicamento, siendo así el ibuprofeno el de mayor utilización con el 65%, seguido del apronax con un 15% y paracetamol 13%.



TABLA N° 5

AUTOMEDICACIÓN EN LAS ADOLESCENTES CON DISMENORREA

CASOS DE DISMENORREA	AUTOMEDICACIÓN	PORCENTAJE
274	153	75%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: El 75% correspondiente a 153 adolescentes con dismenorrea se automedican, para así aliviar total o parcialmente sus dolores.



TABLA N° 6

TRATAMIENTO TRADICIONAL MÁS COMÚN UTILIZADO POR LAS ADOLESCENTES CON DISMENORREA

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGUAS AROMÁTICAS	170	62%
CALOR LOCAL	61	22%
MASAJES EN ABDOMEN	43	16%
TOTAL	274	100%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: En la siguiente tabla se observa que el tratamiento tradicional más común utilizado por las adolescentes son: las aguas aromáticas con un 62%, seguido de la aplicación de calor local con el 22% y los masajes abdominales con un 16%. Recalcando que las adolescentes combinan estas alternativas con el tratamiento médico.



TABLA N° 7
AUSENTISMO ACADÉMICO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DÍAS DE AUSENCIA	FRECUENCIA
SI	29	11%	1 DÍA	29
NO	245	89%		
TOTAL	274	100%		

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: En la siguiente tabla observamos que de los 274 casos de dismenorrea, existe un 11% de ausentismo académico (almenos 1 día) correspondiente a 29 estudiantes; Distinto al 89% que no presenta ausentismo académico.



TABLA N° 8

ANTECEDENTE MATERNO DE DISMENORREA

DISMENORREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTE	25	9%
AUSENTE	249	91%
TOTAL	274	100%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: Según los datos obtenidos de los 274 casos de dismenorrea, 25 de ellos que corresponde al 9% refiere que el antecedente materno de dismenorrea está presente, distinto al 91% que no presenta antecedente materno de dismenorrea.



TABLA N° 9

**ALIMENTACIÓN MÁS FRECUENTE EN LAS ADOLESCENTES CON
DISMENORREA**

Tipo de Alimentación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARBOHIDRATOS	145	53%
COMIDA CHATARRA	69	25%
CARNES - LÁCTEOS	30	11%
FRITURAS - EMBUTIDOS	30	11%
TOTAL	274	100%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: En cuanto a la alimentación observamos que las estudiantes con dismenorrea, optan con mayor frecuencia por el consumo de carbohidratos en un 53%, en segundo lugar la comida chatarra con el 25%, y en menor equivalencia carnes-lacteos y frituras con el 11%.



TABLA N° 10

**ALIMENTOS RELACIONADOS CON LA EXACERBACIÓN DE LA
DISMENORREA**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CHOCOLATE	30	11%
COMIDAS GRASAS	17	6%
CAFÉ	11	4%

FUENTE: Encuesta sobre la dismenorrea.

ELABORADO POR: Santiago Israel Merino Delgado

INTERPRETACIÓN: Según los datos recopilados del total de 274 estudiantes que presentan dismenorrea, el 11% que corresponde a 30 casos relaciona el consumo de chocolate con el aumento del dolor en la dismenorrea, y en menor porcentaje la ingesta de comidas grasas, café con el 6 y 4% respectivamente.



DISCUSIÓN



6. DISCUSIÓN

La frecuencia de dismenorrea reportada en mi estudio corresponde a 71.7% (274 casos) en donde el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 12 a 13 años; comparado con el estudio realizado por Bautista, Yáñez, Bernal & Zamora, 2009 a estudiantes de la Universidad del Rosario en la ciudad de Bogotá⁵; que tiene una frecuencia del 73.1%; se encuentra similitud en la frecuencia de dismenorrea de ambos estudios, sin embargo hay diferencia en la población estudiada que fue de 126 estudiantes con rango de 17 a 21 años.

Mi estudio presenta una frecuencia de dismenorrea del 71.7% realizada a adolescentes con edades que va de los 12 a 16 años; diferente a la obtenida por Ortiz MI, realizada a 285 estudiantes de psicología en el estado de Hidalgo México 2010²¹ reportando una frecuencia de 67%; la diferencia esta en el grupo de edad estudiado y el nivel de conocimiento que pueden tener las estudiantes de psicología acerca de la dismenorrea.

En un estudio realizado a 1152 estudiantes de secundaria en el estado de Pachuca México por Ortiz, Flores & Alarcón 2009²² reporta una frecuencia de dismenorrea del 48,4% menor a la obtenida por mi investigación que fue 71.7%, posiblemente esta diferencia se debe al número de la población estudiada que fue mayor en el estudio de Ortiz, Flores & Alarcón.

A nivel nacional se realizó una investigación en Quito por Vergara, 1997²³ bajo historias clínicas documentadas a 200 adolescentes demostrando una frecuencia de dismenorrea del 42.19%, distinto a lo encontrado en mi investigación que fue del 71.7%; esta discordancia quizá se debe al número de adolescentes estudiadas.

De acuerdo a la literatura; en la dismenorrea el dolor es de tipo cólico, suprapúbico y se puede acompañar de dolor lumbosacro. Y en más de la mitad de los casos se acompaña de náuseas o vómitos (89%), astenia (85%), diarrea (60%), mareo, cefalea (60%)¹³.



Los síntomas acompañantes más frecuentes que presentaron las mujeres con dismenorrea en mi estudio fueron: dolor de cabeza en un 34% seguido de Náuseas e irritabilidad con el 9% y depresión en un 6%, diferente al reportado por Ortiz MI, 2010 que fue dolor cólico en abdomen bajo (91.6%), abdomen hinchado (64.9%), irritabilidad (51.8%), dolor de espalda baja (46.1%), dolor en senos (46.1%), tristeza depresión (44.5%) y dolor de extremidades inferiores (16.7%)²¹. Esta discrepancia puede ser debido a que en mi estudio no se tomo en cuenta algunos de los sintomas que menciona el presente autor como es el dolor cólico en abdomen bajo que fue el síntoma que se presentó con mayor frecuencia. Pero hay similitud con la sintomatología que señala la literatura en cuanto a la dismenorrea.

En mi investigación se reporta que el inicio de la menarquia en las adolescentes con dismenorrea fue a los 12 años con un 50%, seguido de los 13 años con el 42%; dato similar al encontrado por Bautista, Yáñez, Bernal & Zamora, 2009⁵ indicando que la edad de inicio de la menarquia fue de los 12.3 a 12.6 años; notándose que estas edades están dentro del promedio de aparición de la menarquia que en el Ecuador es de 12,7 años¹⁹.

El estudio realizado por Ortiz MI, 2010 a estudiantes de psicología del instituto de ciencias de la salud de la Universidad autónoma del estado de Hidalgo México²¹ menciona que la edad promedio de presentación de la menarca en las mujeres con dismenorrea fue de 12.23 ± 1.49 años; relacionándose con los datos obtenidos en mi estudio en donde el inicio de la menarquia en las estudiantes con dismenorrea fue mayoritariamente a los 12 años.

En cuanto al tratamiento médico mi investigación determinó que el 74% (204) de los casos de dismenorrea han tomado medicamentos para aliviar el dolor y de ellos el 75% (153) se automedica. Comparado con el 60,9% de automedicación reportado por Ortiz, Flores & Alarcón, 2009²². Notándose que la automedicación es la alternativa de mayor elección en las adolescentes, esto quizás se deba a la



influencia de las personas que la rodean como (la mamá, hermanas, amigas); y principalmente por la venta libre, sin restricciones de los analgésicos.

El tratamiento médico más común utilizado por las adolescentes con dismenorrea en mi estudio fue: ibuprofeno 65%, naproxeno 15%, el paracetamol 13% y diclofenaco 7%. Que en comparación a lo reportado por Bautista, Yáñez, Bernal & Zamora, 2009⁽⁵⁾ son: Ibuprofeno en un 37%, el acetaminofen en un 22.8%; observándose que el ibuprofeno es el de mayor utilización debido a su efecto antiinflamatorio o también puede ser por su fácil accesibilidad que este tiene en nuestro medio.

El tratamiento alternativo de mayor utilización por las adolescentes con dismenorrea en mi estudio fue: consumo de aguas aromáticas en un 62%, calor local 22% y masajes en abdomen 16%. Cabe recalcar que este tratamiento fue en combinación con el uso de medicamentos.

En mi estudio se reportó: antecedente materno de dismenorrea en el 9% de los casos; el ausentismo académico en el 11% de las adolescentes, que se ausentan en promedio de un día. Bautista, Yáñez, Bernal & Zamora, 2009 en su investigación reporta ausentismo académico en un 44.6% y el antecedente materno de dismenorrea 75% (69) de un total de 92 casos de dismenorrea⁵. Al realizar una comparación entre estos dos estudios se aprecia que el antecedente materno está presente en las adolescentes con dismenorrea y este es un dato que se lo asocia como factor de riesgo en la literatura⁷. El ausentismo académico es mayor en el estudio de Bautista, Yáñez, Bernal & Zamora, 2009; esto quizá se debe a que en su estudio se presentaron mayor número de casos de dismenorrea severa.

Por otra parte, factores como el tipo de alimentación más frecuente y alimentos asociados a la dismenorrea en nuestro estudio observamos que la alimentación de las adolescentes con dismenorrea se basa principalmente en el consumo de carbohidratos con el 53%, seguido de la comida chatarra en un 25%; el 11% relaciona el consumo de chocolate con el aumento de los dolores menstruales, las



comidas grasas 6% y el consumo de café 4%. Por carecer de estudios que nos proporcionarán esta información, no podemos inferir realmente la asociación de estos factores con la dismenorrea; por lo que considero que la realización de estudios con muestras mayores podrían suministrar información más certera al respecto.



CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES

- ❖ Se encontró una frecuencia de dismenorrea del 71.7%. El grupo etario más afectado fue el de 12 a 13 años con el 64%, seguido de los 14 a 15 años con el 34%.
- ❖ Los principales síntomas que presentaron las adolescentes con dismenorrea son: Cefalea 34%, Náuseas e irritabilidad 9%, depresión y vómito con el 6 y 5%.
- ❖ El inicio de la menarquia en las adolescentes con dismenorrease presento mayoritariamente a los 12 años seguido de los 13años.
- ❖ El 74% de las adolescentes con dismenorrea consume medicamentos para aliviar los dolores, el tratamiento médico de mayor utilización fue el ibuprofeno 65%, naproxeno 15% y paracetamol y acetaminofén 14%; existiendo automedicación en un 75%.
- ❖ El tratamiento tradicional más común utilizado por las adolescente son: aguas aromáticas 62%, seguido de la utilización de calor local 22% y masajes abdominales 16%.
- ❖ Se presenta ausentismo académico en 11% de los casos de adolescentes con dismenorrea, ausentándose al menos 1 día.
- ❖ El antecedente materno de dismenorrea está presente en un 9% de los casos.
- ❖ En cuanto a la alimentación más frecuente en las adolescentes con dismenorrea tenemos principalmente carbohidratos 53%, comida chatarra 25%, carnes y lácteos 11%.



RECOMENDACIONES



8. RECOMENDACIONES

- Por parte del Ministerio de Salud Pública y sus equipos de salud deben realizar campañas de educación constante en las instituciones académicas, dirigidas principalmente a las adolescentes para que así se mantengan informadas acerca de la dismenorrea, el diagnóstico oportuno, el adecuado manejo farmacológico evitando así la automedicación.
- Es necesario realizar investigaciones de mayor escala a nivel local y nacional para poder establecer el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida de las pacientes, así como para poder determinar otros factores asociados a la dismenorrea.
- El médico de las instituciones académicas debe brindar la importancia necesaria a esta patología y al mismo tiempo hacer énfasis en la consulta oportuna, ya que la dismenorrea puede ser causada por un trastorno patológico subyacente.
- Se recomienda a las autoridades de los colegios fomentar la práctica de hábitos saludables como son: Ejercicio Físico y una adecuada alimentación dado que son considerados como factores protectores frente a la aparición de la dismenorrea.



BIBLIOGRAFÍA



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Burgos RB., Iturri E., Reynols. (2005). *Dismenorrea*. 20- Enero-2014, de Sociedad Paceña de Medicina Familiar Sitio web: http://www.mflapaz.com/revista_1_PDF/9%20Dismenorrea.pdf
2. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; Procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes; Dirección de normatización del Sistema Nacional de salud; República del Ecuador: Editora Galaxy; 2009. Cap2. Pp. 25.
3. Sistema Informático del Adolescente (SIA); Historia clínica del adolescente y formularios complementarios; Instrucciones de llenado y definición de términos; Montevideo: CLAP/ SMR; 2010. Pp. 5; Acceso el 15 Oct 2013.
4. Pons JE. Dismenorrea en adolescentes. [en línea]. Colombia: 2008 [acceso 15 Oct 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75062991/DISMENORREA-EN-ADOLESCENTES>
5. Bautista, S., Yáñez, N., Bernal, R., Zamora, I. (2009). *Prevalencia de la Dismenorrea*. Febrero 17, 2014, de la Universidad del Rosario Colombia Biblioteca CRAI Sitio web: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/1735>
6. RODRIGUEZ Gregorio, “ADOLESCENTES, Guía para Padres y Madres”, disponible en línea: [<http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>] Pp.2.
7. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; Dirección de normatización del Sistema Nacional de salud; *Protocolos de Atención Integral a*



- Adolescentes. Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva*; República del Ecuador 2009. Cap1. p. 21- 24-5; Fecha de consulta: 10 de Mayo del 2014.
8. Guyton CA, Hall JE. Tratado de fisiología médica. 12^a ed. España: Elsevier; 2011. p. 987-96.
 9. Gallego Clara. Evolucion de la vida sexual de la mujer fisiología de la pubertad y del climaterio. Port Med [en línea] Oct2007 [accesado 17 Nov 2013]; 1(1): [3 p]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/774/2/Evolucion-de-la-vida-sexual-de-la-mujer.-Fisiologia-de-la-pubertad-y-del-climaterio.-Apuntes-de-ginecologia.-Apuntes-de-medicina>
 10. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson tratado de pediatría. 17^a ed. Estados Unidos: Editorial Elsevier; 2004: p.54
 11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Manejo integral de adolescentes con enfoque de derechos; Adolescencia manual clínico. Desarrollo puberal; República del Paraguay 2012. P.64; fecha de consulta: 26 Octubre 2013.
 12. Berek JS. Ginecología de Novak. 13^a ed. Mexico D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p.353-58
 13. Arenas JM, Vicens JM, Montosa J. Fundamentos de ginecología. España: SEGO; 2009. p. 267-71.
 14. Hidalgo, M., Güemes M. (2011). *Pediatría Integral*. Febrero-15- 2014, de Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria Sitio web: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-4.pdf#page=52>



15. Alejandra RR. Servicios de medicina alternativa en Colombia. Rev. salud pública [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Jun 10] ; 14(3): 470-477. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300010&lng=es.
16. Sonia ST, Dalcanale CT. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. Rev. Saúde Pública [revista en la Internet]. 2011 Abr [acceso 2014 June 10]; 45(2): 249-257. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en. Epub Jan 26, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>.
17. Alvarez LS. El uso de la medicina alternativa y la medicina tradicional en Medellín, 2005. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [revista en la Internet]. Julio 2007 [citado 2014 Jun 10]; 25 (2): 100-109. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200012&lng=pt.
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; Dirección de normatización del sistema nacional de salud; *Protocolos de atención integral a adolescentes. Protocolos de salud sexual y seproductiva*; República del Ecuador 2009. Cap1. Pp. 24-25; Fecha de consulta: 14 de Mayo del 2014
19. Cid J. Dolor Pélvico crónico. RevSocEsp Dolor [revista en Internet]. 2006 Ene [citado 2013 Oct 06] ; 13(1): 29-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134-80462006000100006&script=sci_arttext



20. Morales LR. Dismenorrea primaria en adolescentes. RevMed CR CA [en línea] 2011 [acceso 2013 Oct 18]; [4p] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art6.pdf>
21. Ortiz MI. Prevalencia de dismenorrea en estudiantes de psicología del instituto de ciencias de la salud de la Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Rev Cie Psi [en línea] 2010 [acceso 2013 Oct 18]; (3): [12p] Disponible en: <http://www.losmedicamentos.net/articulo/prevalencia-de-dismenorrea-en-estudiantes-de-psicologia-del>
22. Ortiz, MI., Flores,R., & Alarcón, L. (2009). *Prevalencia de dismenorrea y su impacto en estudiantes del estado de Hidalgo México*. Agosto 20, 2014, de PubMed U.S. National Library of Medicine Sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19716130?dopt=Abstrac>
23. Vergara f. Eventos fisiológicos en la pubertad, prevalencia de dismenorrea en adolescentes escolares del área urbana de quito. [en línea] 2005 [fecha de consulta: 06 de may de 2013] disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&src=google&base=adolec&lang=p&nextaction=lnk&exprsearch=249638&indexsearch=id>
24. Departamento de Educación de los Estados Unidos; RODRIGUEZ G; *Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*, Washington, D.C., 20202; (actualización el 15 de Febrero del 2012); [Sitio en internet]; Disponible en: <http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>. p.2; Acceso el 25 de Octubre del 2013.
25. Cuevas DY, Garcia ST, Villa RM; Caracterización del ausentismo laboral en un centro médico de I nivel; Bogota Dic. 2011; [Sitio en internet]; Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2834#sthash.oOhPvcKz.dpuf>.



26. Ministerio de Salud Pública Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. (2008). Salud Intercultural. En Subproceso de Medicina Intercultural mapa estratégico 2009- 2013(31-32). Quito - Ecuador: Galaxy.
27. Chabaco, A., Lozano, M., Francesco, B., Vidari, G., & Malagón, O. (2012). Sistema de salud de la etnia saraguro. En Plantas sagradas y psicoactivas usadas por los saraguros en la región sur del Ecuador (81-85). Loja: Ediloja.
28. Martín, M. (2006). Tratamiento Natural de los Dolores Menstruales. Octubre 29, 2014, de Asociación de Terapeutas Cofenat Sitio web: <http://www.miherbolario.com/articulos/salud/120/alivia-el-dolor-menstrual-de-forma-natural>.



ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



-AREA DE LA SALUD HUMANA-

CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Sr. (Sra., Srta.):

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____ como responsable de la señorita estudiante con nombre _____ autorizo su participación en el trabajo investigativo a cargo del Sr. Santiago Israel Merino Delgado, egresado de la carrera de medicina, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre el procedimiento que llevará a cabo.

RELACIÓN CON LA ESTUDIANTE: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA SEÑORITA ESTUDIANTE: _____

Fecha:/...../.....



ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA



Encuesta sobre la dismenorrea o dolor en la menstruación.

¿Qué es la regla, período o menstruación?

Es el sangrado cíclico que fluye por la vagina desde el útero, producido por los cambios hormonales cuando la mujer alcanza su madurez sexual.

La duración de la regla varía de una chica a otra, incluso dentro de la misma persona. En general dura de 2 a 7 días.

DEFINICIÓN DE DISMENORREA

Es el dolor pélvico (parte baja del abdomen “Ventre”) crónico de origen ginecológico que se presenta durante el periodo de la menstruación, siendo también considerado como calambres o menstruación dolorosa; es uno de los padecimientos ginecológicos más comunes. La prevalencia más alta de esta irregularidad se encuentra en la adolescencia.

La dismenorrea es la principal causa de la ausencia de escuela o colegio a corto plazo recurrente en las adolescentes y un problema común en mujeres en edad reproductiva.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO:

1. No es necesario poner tu nombre, solo rellena los datos que te piden.
2. Lee las preguntas detenidamente. Revisa todas las opciones y elige la respuesta que prefieras.
3. Elige solo una respuesta, rodeando con un círculo la letra que tiene la opción a su lado, o marcar con (X) o (/).
4. Para llenar el cuestionario utiliza lápiz. Si te equivocas al responder corrige borrando, no taches.
5. Si tienes alguna duda mientras llenas el cuestionario levanta la mano y te responderé GRACIAS.



Nombre del Colegio:.....

Fecha:.....

Paralelo-Curso:.....

Edad:_____

1.- ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera MENSTRUACIÓN (Regla)?

.....

2.- Tus menstruaciones son:

- a) Dolorosas en todos los ciclos menstruales
- b) Dolorosas en algunos ciclos menstruales
- c) No son dolorosas

3.- En cuanto a la intensidad de los dolores en la menstruación, ¿Tu dolor menstrual es?

- a) Leve Dolor leve que NO afecta mis actividades diarias (estudiar-hacer tareas)
- b) Moderado Dolor menstrual que SI afecta mis actividades diarias.
- c) Severo Dolor incapacitante acompañado de Náuseas- Vomito- Dolor de cabeza- Alteraciones en el estado de ánimo.

4.- Aparte del dolor menstrual ¿Tienes algún otro síntoma o molestia?

- a) Dolor de cabeza
- b) Náuseas
- c) Vómito
- d) Diarrea
- e) Irritabilidad
- f) Depresión
- g) Otros (cual).....
- h) Ninguno

5.- Cada mes cuando tienes tu menstruación los dolores te permiten:

- a) Ir normalmente a clases.
- b) Los dolores hacen que falte a clases.

6.- ¿Cuántos días sueles faltar a clases cuando tienes los dolores menstruales?

- a) 1 día
- b) 2 días
- c) Más de 3 días
- d) Nunca

7.- ¿Sabes si tu mamá también tenía dolores en la menstruación cuando tenía tu edad?

- a) Si tenía
- b) No tenía



c) No sabes

8.- Cada mes para evitar o controlar los dolores en la menstruación ¿Que sueles hacer?

Tomo medicamentos: Si () No ()

Si tu respuesta es **SÍ**:

- Te los receto el Doctor: Si () No ()
- Tu mamá u otra persona te dijo que tomes eso. ()

9.- Señala que medicamentos sabes tomar para tus cólicos menstruales:

- a) Ibuprofeno (Femen)
- b) Naproxeno (Apronax)
- c) Paracetamol o Acetaminofén (Analgan)
- d) Diclofenaco (Voltaren)
- e) Buscapina
- f) Otros (cuál es el nombre).....

10.- ¿Aparte de los medicamentos haces alguna otra cosa? como:

- a) Tomar aguas aromáticas calientes
- b) Utilizas calor local como "almohadillas o bolsas de agua caliente"
- c) Te das masajes suaves en tu abdomen
- d) Otros.....

11.- ¿Elige en orden de jerarquía 3 grupos de alimentos que consumes frecuentemente?

Sopas, verduras, carnes, huevos, lácteos, carbohidratos (arroz, pan, cereales), frituras, embutidos, comida chatarra (Snacks, papas fritas, pizza).

1.....

2.....

3.....

12.- ¿Qué tipo de alimentos relacionas con el aumento de tus dolores menstruales?

- a) Chocolate
- b) Café
- c) Comidas ricas en grasa (papas fritas, pizza)
- d) Alcohol
- e) Otros (escribelo).....
- f) Ninguno



10. INDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO:	7
2. RESÚMEN	8
3. INTRODUCCIÓN	13
4. MARCO TEÓRICO	16
ADOLESCENCIA	16
DEFINICIÓN:	16
SÍNDROME PREMENSTRUAL	18
TRATAMIENTO	20
DISMENORREA	21
DEFINICIÓN	21
EPIDEMIOLOGÍA	21
CLASIFICACIÓN	21
ETIOPATOGENIA	22
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	23
DIAGNÓSTICO	24
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	24
TRATAMIENTO	25
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	25
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:	26
TRATAMIENTO NATURAL	26
ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA	27
Introducción	27
Requerimientos nutricionales	28
Adolescencia. Características	29
Adopción de hábitos alimentarios especiales	30
	73



Recomendaciones nutricionales	31
MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA	32
GENERALIDADES:	33
Servicios Estatales de Salud y Pueblos Indígenas del Ecuador	35
Plantas medicinales sagradas en la medicina tradicional	36
METODOLOGÍA	38
5. MATERIALES Y MÉTODOS	39
Tipo de estudio.	39
Área de estudio.	39
Lugar y ubicación: Se lo realizó en dos instituciones	39
Universo	39
Muestra	39
Tiempo	40
Criterios de inclusión:	40
Criterios de exclusión:	40
Métodos e Instrumentos de recolección de datos	41
Procedimiento para la recolección de datos:	41
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	53
6. DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	58
7. CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
8. RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
9. BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	68
ANEXO 1	69
ANEXO 2	70
10. INDICE	73