



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

“Estilos de vida y Factores Bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea en las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, en el periodo Enero a Junio de 2014”

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL**

AUTOR

Mayra Alejandra Calderón Celi.

DIRECTOR

Dr. Ángel Colon Ortega Gutiérrez.

LOJA – ECUADOR

2015

Loja, 08 de octubre del 2015

Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez.

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: “ESTILOS DE VIDA Y FACTORES BIOCONSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA DISMENORREA EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO” DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DE 2014.”, de autoría de la Srta. Mayra Alejandra Calderón Celi, estudiante de la Carrera de Medicina Humana; ha sido dirigida y revisada en su integridad por el suscrito, por lo que se ha constatado que cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja y el Área de la Salud Humana para la obtención del título de Médico General; la misma que se llevó a cabo durante el cronograma de actividades establecido. Por lo que se autoriza su publicación.

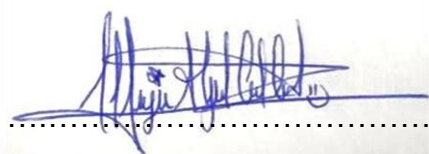


Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, MAYRA ALEJANDRA CALDERÓN CELI, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

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

Firma: 

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Cédula: 110514752-2.

Fecha: 29 de octubre del 2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y REPRODUCCIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, MAYRA ALEJANDRA CALDERÓN CELI, declaro ser autora de la tesis titulada: ESTILOS DE VIDA Y FACTORES BIOCONSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA DISMENORREA EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO” DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DE 2014, como requisito para optar al grado de: MÉDICO GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual 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 RDI, 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 tesis que realice un tercero.

Para constancia de su autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de Octubre del dos mil quince, firma el autor.

Firma: 

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi. **Cédula:** 110514752-2.

Dirección: Saucos Norte, calles: Antonio Canaleto entre Salvador Dalí y Miguel Ángel. **Correo electrónico:** mayalechuritos@hotmail.com

Teléfono: 072540-608. **Celular:** 0985230598. **Fecha:** 29 de octubre del 2015.

Datos complementarios

Director de tesis: Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez.

Tribunal de grado:

- Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo; Presidenta
- Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna; Vocal.
- Dr. German Alejandro Vélez Reyes; Vocal.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por ser mi guía y protector,
en el cual deposité toda mi fe para alcanzar esta
meta.

A mis Queridos Padres, Richard Augusto
Calderón Pineda y María Jacqueline Celi Loaiza
quienes me han brindado su amor incondicional,
apoyo y confianza en todo momento para que yo
culminara con éxito mi carrera profesional.

A mi hermano Richard Augusto Calderón Celi por
ser mi compañero y un pilar fundamental en mi
vida.

A mi novio, David Alejandro Carrión Rojas por
brindarme su comprensión y estar a mi lado en los
gratos y difíciles momentos de mi carrera.

A mis familiares y amigos, quienes supieron
contribuir con un granito de arena en el desarrollo
del presente trabajo.

Y finalmente a mis eternos amigos Gabriela,
Cecibel, Dayuma, Klever, Marcia y María Gabriela
por su amistad y permitir contar con ellos cuando
más los necesito y no olvidarme a pesar de la
distancia.

Los quiero mucho.

Mayra Alejandra Calderón Celi.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme el don de la vida, por brindarme salud para alcanzar esta meta y sobre todo por ser guía y motor durante este hermoso y sacrificado caminar.

A mis padres y hermano por su inmenso amor, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, gracias por las horas de consejos, de reprimendas, de tristezas y de alegrías de las cuales estoy muy segura que las han hecho con todo el cariño del mundo para formarme como un ser integral y de los cuales me siento extremadamente orgullosa. Los Quiero Mucho.

Mi gratitud a todas las personas que han cooperado en una u otra manera en la tarea de investigación, revisión y plasmado de esta obra, por lo tanto dejo testimonio de mi especial reconocimiento a los diferentes investigadores en el campo de la medicina, cuyos textos han orientado los principios básicos para esta investigación, además agradezco a cada una de las autoridades del Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja y en especial al Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez, quien con su vasta experiencia en el campo investigativo y acervo cultural me ha conducido a la feliz culminación del mismo.

A mis docentes y tutores quiénes con su enfocada dirección supieron guiarme en el transcurso de mi formación profesional.

Al Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” y a sus maestros por permitirme la realización de mi trabajo investigativo y en especial a las jóvenes que participaron de manera activa y honesta en el desarrollo de esta investigación, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible su realización.

Mayra Alejandra Calderón Celi.

1. TÍTULO

ESTILOS DE VIDA Y FACTORES BIOCONSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA DISMENORREA EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO” DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DE 2014.

2. RESUMEN

La presente investigación titulada “Estilos de vida y factores bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea en las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, en el periodo Enero-Junio de 2014” tuvo como objetivo general: determinar la prevalencia y establecer los estilos de vida y factores bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea, a la vez se plantearon objetivos específicos encaminados a identificar: la prevalencia de dismenorrea primaria y secundaria, el grado de intensidad de la patología y su impacto en el ausentismo escolar e incapacidad para realizar las actividades cotidianas, la sintomatología más frecuente, conductas terapéuticas usadas, relación con el sobrepeso, actividad física, antecedentes familiares de menalgia y personales de patologías ginecológicas, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas, factores dietarios y conducta sexual. El estudio utilizó un diseño descriptivo, analítico y de corte transversal con un enfoque cuali-cuantitativo. Los instrumentos fueron una encuesta previamente realizada y una hoja de recolección de datos para el registro de las medidas antropométricas. La muestra fue de 65 estudiantes. Entre los resultados se encontró que el 93,85% de la muestra presentan cólicos menstruales, de este total el 50,82% de las alumnas tienen dismenorrea de intensidad moderada, el 72,13% presentan antecedente materno de menalgia, el 93,44% no realizan ejercicio físico y el 70,49% están expuestas al humo de cigarrillo. Por otro lado, el 100% ingieren comida chatarra, el 86,89% no se alimentan de vegetales y frutas y el 80,33% no consumen pescado. Por tal razón se concluyó que las adolescentes, presentan factores de riesgo relacionados con dismenorrea y por lo tanto es necesario fomentar estrategias que contribuyan a mejorar esta problemática.

Palabras clave: dismenorrea, estilos de vida, medidas antropométricas.

ABSTRACT

This research titled "Lifestyles and bioconstitutional factors influencing dysmenorrhea in the eleventh grade students of the Higher Technological Institute "Daniel Álvarez Burneo" of the city of Loja, in the period January-June 2014". The overall objective was to: determine the prevalence and establish lifestyles and bio-constitutional factors influencing dysmenorrhea, while aimed at identifying specific objectives were set: the prevalence of primary and secondary dysmenorrhea, the intensity of the disease and its impact on school absenteeism and disability for daily activities, the most common symptoms, behaviors used drug, with regard to overweight, physical activity, family history on menalgia and personal gynecological pathologies, the consumption of alcohol, cigarettes and drugs, dietary factors and sexual behavior. The study used a descriptive, analytical and cross-sectional design with a qualitative and quantitative approach. The instruments were a previously conducted survey and data collection sheet for recording the anthropometric measurements. The sample was 65 students. Among the results it was found that 93.85% of the sample have menstrual cramps, of this total, 50.82% of the students have dysmenorrhea moderate intensity, 72.13% have maternal history of menalgia, 93.44 % do not perform physical exercise and 70.49% are exposed to cigarette smoke. On the other hand, 100% ingest junk food, 86.89% do not eat vegetables and fruits and 80.33% do not eat fish. For this reason it was concluded that adolescents, present risky factors associated with dysmenorrhea and therefore it is necessary to promote strategies to help improve this problem.

Keywords: dysmenorrhea, lifestyle, anthropometric measurements.

3. INTRODUCCIÓN

“A nivel mundial la prevalencia de dismenorrea es de 40-90% en mujeres en edad reproductiva, de un 5-20% de las mujeres sufre dismenorrea grave y se ven incapacitadas por 1 a 3 días para desarrollar sus actividades diarias, con ausencia escolar y/o laboral y con un impacto social y económico”. (APS, 2007).

Es el desorden ginecológico más común entre las adolescentes causando un trastorno importante en la calidad de vida. El predominio de esta patología es mayor en este grupo poblacional, con un rango estimado entre 20% a 90% dependiendo del método de evaluación, alrededor del 15% de las adolescentes reportan dismenorrea severa, y esta es la causa principal de ausentismo escolar en las adolescentes en los Estados Unidos, con tasas de prevalencia entre un 20% a 30%. La mayoría de las jóvenes se automedican y una minoría consulta con profesionales en salud, se estima que la dismenorrea severa ocasiona la pérdida de 600 millones de horas de trabajo y \$2 billones en pérdida de productividad anualmente. (López, 2011, págs. 415-418).

“La mayoría de las mujeres consideran la dismenorrea como un proceso inevitable del período menstrual, incluso si ésta es incapacitante. Tal vez por ello pocas buscan asistencia médica, y con frecuencia no siguen de manera adecuada las indicaciones en cuanto a prescripción”. (Plascencia "&" Pereira, 2013, págs. 197-213).

Una encuesta realizada por la University of Western Australia ha destacado la alta prevalencia y el impacto de la dismenorrea primaria como un problema significativo de salud pública que requiere atención. Pese a la alta prevalencia de menstruaciones dolorosas en las adolescentes, es alto el porcentaje que no solicita atención médica o es subtratada. Estudios realizados en distintas poblaciones mostraron que 30 al 70% de las adolescentes ocasionalmente se auto-medicaban, sin embargo más de la mitad (57%) lo hacían en dosis sub-terapéuticas. (Castro "&" Galleguillos, 2009, págs. 23-36)

Si bien es cierto existe un vasto conocimiento sobre el tema “dismenorrea”, pero la decisión de emprender con este trabajo de investigación es debido a que en el Ecuador y principalmente en la ciudad de Loja hay escasos estudios encaminados a la identificación de factores de riesgo asociados a esta patología por lo que es importante indagar en el conocimiento de esta temática. Por ello, he considerado oportuno el estudio y la realización de la investigación titulada: **ESTILOS DE VIDA Y FACTORES BIOCONSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA DISMENORREA EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO” DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DE 2014.**

La tesis se planteó para el estudio de los factores de riesgo que influyen en la dismenorrea y con ello poder prevenir o mejorar la patología.

Para la cual, se propuso el siguiente objetivo general: Determinar la prevalencia y establecer los estilos de vida y factores bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea en las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, y como objetivos específicos: identificar la prevalencia de dismenorrea primaria y secundaria, el grado de intensidad de la patología y su impacto en el ausentismo, escolar e incapacidad para realizar las actividades cotidianas, el principal motivo de consulta, conductas terapéuticas usadas, relación con el sobrepeso, actividad física, antecedentes familiares de menalgia y personales de patologías ginecológicas y con hábitos como consumo de alcohol, cigarrillo y drogas, factores dietarios y conducta sexual.

La metodología que se empleó utiliza un diseño descriptivo, analítico y de corte transversal, con un enfoque cuantitativo y cualitativo donde se obtuvo valores de: medidas antropométricas: peso, talla e índice de masa corporal; en lo cualitativo información sobre el estilo de vida (hábitos, dieta, actividad física), antecedentes ginecológicos, familiares y conductas farmacológicas frente a la

patología; para lo cual se manejó una hoja de recolección de datos de medidas antropométricas y una encuesta previamente realizada, anónima y voluntaria. La hipótesis que se planteó fue la siguiente: La dismenorrea es una patología frecuente en la población adolescente constituyendo probablemente el más común de todos los trastornos ginecológicos y la causa principal de consulta médica, se asocia a múltiples factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de dismenorrea y consumo de cigarrillo, alcohol y cafeína.

La investigación se realizó en la ciudad de Loja, con ayuda de las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”, ubicado en la Av. Daniel Álvarez y Orillas del Zamora, el universo fue de 160 alumnas de las cuales se extrajo una muestra de 65 adolescentes mediante el método de muestreo probabilístico aleatorio.

Una vez que se analizó los datos obtenidos de la encuesta y del examen físico, se determinó que las adolescentes son un grupo altamente vinculado con factores de riesgo relacionados a la dismenorrea.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

Dismenorrea

Introducción. “El Dolor pélvico o en porción inferior abdominal que aparece antes o es coincidente con la menstruación, afecta al 50% de las mujeres que menstrúan y es el síntoma ginecológico más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes”. (Lombardía "&" Fernández, 2009, pág. 220).

Concepto. “Etimológicamente la palabra dismenorrea proviene del griego (dys: difícil, mens: mes y rhoja: flujo), que significa flujo menstrual difícil”. (Schulin "&" Conejero, 2011, pág. 46).

“Se define como el Síndrome caracterizado por dolor espasmódico y cíclico durante la menstruación”. (MSP, 2009, pág. 52).

“Por lo que respecta a su alcance clínico y definición no hay un acuerdo universal, para algunos autores comprende tan sólo el fenómeno dolor, lo que se ha prestado a un buen número de sinonimias: algo-menorrea (Seitz), algia catamenial (Kreis), algo-espasmo menstrual (Petit Dutailis), enorralgia, y menalgia. Según otros, debe abarcar el conjunto de manifestaciones patológicas genitales y extra-genitales que caracterizan propiamente al síndrome denominado dismenorrea”. (Urrutia, 2013, pág. 60).

“Las alteraciones menstruales son frecuentes en la adolescencia y destaca entre estas la dismenorrea, por lo cual de manera reciente se ha propuesto que la evaluación de los ciclos menstruales en las adolescentes se considere como un signo vital, tal como el registro de la frecuencia cardiaca o de la tensión arterial”. (Montoya, Hernández, Mendoza, Cárdenas, “&" Villasis, 2012, pág. 64).

Incidencia. La dismenorrea es una de las afectaciones ginecológicas más frecuentes, casi todas las mujeres, principalmente adolescentes, sienten algún dolor o malestar durante la menstruación. Por ello muchas lo consideran un

componente normal y no consultan al médico sino que recurren a la automedicación. Entre 30 y 75% de ellas –este amplio rango depende de la edad, del grupo familiar y del estilo de vida-, presentan dolor más intenso y constante; el 15% tienen limitación de actividades, el 10% necesitan ausentarse del trabajo o del estudio y cerca de un 40% recurren a tratamiento médico. (Botero, Júbiz “&” Henao, 2007, pág. 499).

Historia. En tiempos remotos se consideraba que la histeria tenía su origen en el útero y que toda mujer que padecía cólicos o calambres durante la menstruación era por esta causa. Tal vez estas nada científicas aseveraciones, a la luz de los conocimientos actuales, fueron las que dieron origen al concepto de la existencia de una relación causa efecto, entre alteraciones psicológicas y dolor menstrual. Por largos años, a la par que las anteriores apreciaciones eran tenidas en cuenta, también se sentenciaba que el dolor durante los periodos menstruales era una condición normal y propia de la mujer, por tanto debían acostumbrarse a ello. A su vez, desde siglos anteriores fue puesta en consideración la teoría de la probable relación entre dolor pélvico durante el período menstrual y la existencia de obstrucción total o parcial a nivel del canal endo-cervical, por lo cual se definió la dismenorrea como dificultad para el flujo menstrual. Por muchos años ésta fue la causa definitiva, y en consecuencia, fue sugerida y utilizada la dilatación del canal cervical como la principal y adecuada estrategia terapéutica.

Desde 1810 se viene utilizando el término dismenorrea, palabra derivada del griego y que tiene como significado: menstruación difícil o dificultad para la menstruación.

Es importante destacar entre la larga lista de eventos relacionados con la investigación y los adelantos en el conocimiento de la dismenorrea, los siguientes: En 1872 Schatz intentó realizar mediciones de la actividad uterina. En 1924 Macht y Lubin sentenciaron que en el sangrado menstrual estaban presentes toxinas que desencadenan los episodios de dolor. En 1932 Novac estableció la existencia de relación entre dismenorrea y estados de

hiperactividad uterina. Para la misma época Kurzrok y Lieb habían demostrado que el líquido seminal humano era capaz de provocar contracciones en tiras de fibra muscular uterina In Vitro. En 1934 Von Euler introdujo el término prostaglandinas, para designar al principio activo aislado durante el estudio de la acción biológica que el semen ocasionaba sobre el músculo liso en general y sobre el uterino en particular. En 1940 Jacobson establece la existencia de cambios eléctricos y mecánicos en el útero durante la fase menstrual. En 1950 Liesse a partir de estudios de laboratorio asevera que alteraciones electromecánicas son la causa de dismenorrea. En ese mismo año Woodbury coloca en consideración la existencia de correlación entre presión, tipos de contracciones miométriales, tono uterino y la presencia de dolor pélvico. Años más tarde, Chambers conceptúa que la descamación endometrial debe contener sustancias que son potentes estimulantes de la contracción del músculo liso. En 1963 se publican estudios importantes relacionados con prostaglandinas (PGs), y es Pickles quien demuestra la presencia de una sustancia lipídica en sangre menstrual con capacidad para estimular la contracción de la fibra muscular uterina, y logró llegar a demostrar que esas sustancias eran prostaglandinas.

La familia de los Eicosanoides incluye a las prostaglandinas, leucotrienos y compuestos similares, que son productos con 20 carbonos y un anillo ciclopentano, que aparecen en los tejidos producidos de forma local y a partir del ácido araquidónico por control de enzimas microsomales que están agrupadas bajo el término de sintetasa de prostaglandina.

Pickles en 1968 encontró que la concentración de la prostaglandina F estaba notablemente aumentada en el flujo menstrual de mujeres con dismenorrea, y sentenció que existía una relación causa efecto. La prostaglandina F₂ alfa se encuentra en el flujo menstrual, en el lavado de la cavidad endometrial y en biopsias del endometrio secretor. En 1980, Smith administrando prostaglandina endovenosa reproduce el cuadro clínico de dismenorrea. En la década de los 90s, se señala que la 15 ceto, 13, 14, dihidro prostaglandina F₂ alfa, está muy aumentada en la menstruación y en el

endometrio de pacientes con dismenorrea, y tiene relación con el incremento en la contracción uterina. A la vez, desde hacía varios años se habían presentado algunas consideraciones sobre la relación entre elevación de la vasopresina y aumento en la contracción uterina. Al respecto Brouard et al, realizan y publican en BJOG en el año 2000, las primeras evaluaciones terapéuticas con el SR49059, un antagonista del receptor de la vasopresina V1A, activo por vía oral, en mujeres con edades de 18 a 35 años de edad que padecen dismenorrea primaria. Ellos aseveran que el producto es bien tolerado, no hay efectos representativos sobre los patrones de sangrado y señalan que es significativamente más efectivo que el placebo. Enfatizan que se requieren futuros estudios para determinar los mecanismos involucrados así como la dosis efectiva. No obstante Valentin et al aseveran en otro estudio, igualmente reciente, que la vasopresina no está involucrada en la etiología de la dismenorrea, que las concentraciones de vasopresina son similares en mujeres con dismenorrea y en controles, y que el atosiban, un antagonista de la vasopresina no tiene efectos en el dolor menstrual, en la presión intrauterina ni en el índice de pulsatilidad de los vasos sanguíneos uterinos de mujeres con dismenorrea.

En la última década, se ha observado que la hiperactividad de la vía 5-lipo-oxigenasa lleva a una mayor producción de los leucotrienos, los cuales también se han correlacionado con aumento de la contracción uterina durante el periodo menstrual. Se ha demostrado un notable aumento de los leucotrienos en el endometrio de mujeres con dismenorrea primaria, sobre todo en aquellas que no responden al tratamiento con inhibidores de las prostaglandinas. Harel et al encontraron que los niveles urinarios de Leucotrienos (LTE-4) están incrementados en adolescentes que presentan dismenorrea, sugiriendo que estos mediadores pueden estar involucrados en la generación de los síntomas de dismenorrea en adolescentes.

Publicaciones de los últimos años sugieren la existencia de susceptibilidad genética para la dismenorrea recurrente. También se ha señalado que la

disminución en la síntesis de óxido nítrico endógeno, induce contracciones miométriales. (Castro, 2010).

Clasificación. La dismenorrea se clasifica en **dismenorrea primaria y secundaria**. La dismenorrea primaria se refiere al dolor menstrual sin patología pélvica, mientras que la dismenorrea secundaria se define como menstruaciones dolorosas asociadas a una patología subyacente. La dismenorrea primaria normalmente aparece durante los primeros 2 años de la menarquia, cuando se establecen los ciclos ovulatorios. El trastorno afecta a mujeres jóvenes pero puede persistir hasta la década de los 40 años. La dismenorrea secundaria normalmente aparece después de algunos años de la menarquia y también, a veces, en ciclos anovulatorios. (Berek, 2014)

Dismenorrea primaria. Se llama también, funcional, esencial o idiopática, porque no se encuentra una causa comprobable al examen clínico, ecográfico o de laboratorio. (Botero “&” Henao, 2007).

Epidemiología. El 50% de las mujeres lo han padecido en algún periodo de su vida, puede aparecer hacia los 16-18 años, con un pico hacia los 20 años, edad en que también son más fuertes los dolores, para disminuir después la incidencia. Si la aparición de la dismenorrea es después de los 30 años, la causa es casi siempre orgánica, por otro lado es sabido que la dismenorrea esencial suele desaparecer después del primer parto. (Usandizaga “&” De la Fuente 2011).

Fisiopatogenia y fisiopatología. No hay componente orgánico detectable. La causa del dolor tiene relación directa con cambios microscópicos y bioquímicos en la constitución y en el desarrollo del endometrio, en su composición en ese momento y en la manera como se desprende. Ocurre solo en ciclos ovulatorios y conduce a un incremento del proceso contráctil propio de la menstruación, lo que explica sus síntomas principales.

El endometrio se regenera cíclicamente, por lo común cada 28 días, a partir de su capa basal. Presenta ciertas transformaciones a lo largo del ciclo menstrual y si no se cumplen de manera adecuada pueden originarse diversas alteraciones clínicas. El endometrio es muy rico en vasos sanguíneos, lo que se hace más notorio en la segunda fase secretoria, cuando se asocia a acumulación de edema y de nuevas proteínas, prostaglandinas y diversas enzimas. Al desprenderse el endometrio, muchas de estas enzimas pasan a través de los vasos rotos durante el desprendimiento y pueden producir reacciones locales en el miometrio, las prostaglandinas PGE1, PGE2, y PGF2 inducen un incremento de las contracciones uterinas y el número de las mismas, aumento del tono de base del miometrio, espasmo e isquemia muscular, todo lo cual se manifiesta como dolor agudo e intenso. Esta acción suele ser local y fugaz; sin embargo, en ocasiones algunas alcanzan la circulación sistémica y originan síntomas a distancia más o menos duraderos, como náuseas, vómito, cefalea, diarrea. A esto se agrega que la contracción y vaso-constricción producen isquemias locales asociadas al incremento de vasopresina circulante, lo que también contribuye a estos cambios sistémicos. Con la salida del flujo menstrual se descama la mayoría del endometrio, se cierra la mayoría de las arterias y disminuye la presión intrauterina, por todo lo cual el dolor desaparece o disminuye antes de que termine la menstruación.

En un ciclo menstrual normal, la fase pre-ovulatoria presenta contracciones frecuentes pero leves y fugaces, por acción estrogénica; en la fase luteínica, por acción progestacional, ocurre lo contrario: son menos frecuentes pero más intensas y prolongadas debido a una mayor liberación de prostaglandinas F2 α . Se aumenta la contracción del miometrio y simultáneamente se relaja el cuello uterino. La isquemia e hipoxia resultantes origina el tipo de dolor tipo calambre en hipogastrio. Para formarse una idea de la magnitud de la situación, se ha encontrado que la presión intrauterina puede ser mayor que la de la actividad uterina durante un parto normal. La acción progestacional da lugar a la síntesis de enzimas necesarias para la formación de las PGs y por ello la dismenorrea no aparece en ciclos anovulatorios.

En la sangre menstrual se ha encontrado cantidades dos veces mayores de PGs en mujeres dismenorreicas que eumenorreicas, Además, algunos síntomas concomitantes –diarrea, vómitos-, se producen mediante la administración de PGs. No obstante, no puede asegurarse que este suficientemente aclarada la forma como se producen no sólo el dolor sino los otros síntomas en unos casos y otros. (Botero “&” Henao, 2007).

Existen otros factores relacionados además de las prostaglandinas, esteroides ováricos (progesterona), hormonas hipotalámicas-hipofisarias (vasopresina) y la excesiva contractibilidad uterina que conjuntamente con estos constituyen los más frecuentes:

- Factor cervical: Durante mucho tiempo se ha considerado el factor más importante en la producción de dolor menstrual, debido a la necesidad que se dilate el cuello uterino para que se produzca la expulsión del contenido endouterino. Se estimaba que se establecía una auténtica lucha entre las contracciones del fondo uterino y la resistencia espasmódica del cérvix.

Diversos hechos de conocimiento empírico apoyaban esta interpretación: la dismenorrea se expresa en las primeras horas hasta que la hemorragia fluye libremente; el dolor desaparece después del primer parto, en que el cuello uterino se dilata sin volver después a su estado primitivo; la dilatación quirúrgica del cérvix podría aliviar los síntomas; los casos de atresia cervical (conformación de hematómetra) transcurren con menstruaciones especialmente dolorosas.

Esta interpretación ha pasado hoy a un segundo plano de importancia, varios estudios histerográficos han mostrado que no existen mayores grados de estrechez cervical en muchachas dismenorreicas que en las que no lo son, sin negar que en algunos casos el factor cervical tenga cierta importancia.

- Factor nervioso: El útero posee gran cantidad de nervios simpáticos-adrenérgicos, portadores de noradrenalina, que inervan el miometrio y la red vascular que se origina en los ganglios periféricos cercanos al cuello uterino, estableciendo un circuito neuronal corto. Es un sistema específico del útero que difiere del de la red simpática habitual originada en los ganglios paravertebrales, y que explica que durante el embarazo existan distintos niveles de noradrenalina en el útero. El crecimiento del útero grávido determina una progresiva reducción de neurotransmisores por extensa degeneración de los nervios terminales, que sólo de una manera parcial se regeneran después del parto. Según Sjöberg, ese hecho anatómico ofrecería una explicación a la desaparición de la dismenorrea después del parto.

- Factor psíquico: Los factores psíquicos siempre se han considerado importantes en la génesis de la dismenorrea. En efecto, no pueden rechazarse que un componente de naturaleza psicológica agrave la situación, pero, en principio, los factores psíquicos no parecen preponderantes dadas la edad y las condiciones individuales de este tipo de pacientes. (Usandizaga “&” De la Fuente 2011).

- Factores asociados:
 - Genéticos: Se ha sugerido una predisposición genética directa para la dismenorrea, puesto que afecta con mayor frecuencia a hijas de madres con dismenorrea primaria.
 - Constitucionales: en otras no hay antecedentes familiares ni otros factores asociados.
 - Relación con el ciclo ovulatorio: la dismenorrea es propia de ciclos ovulatorios y regulares; también en presencia de menorragia, menarquia temprana (menor de 11 años) y de períodos largos; es infrecuente en periodos menores de 3 días.
 - Factores hormonales: se asocia con exceso de PGS y vasopresina.

- Estilos de vida: es más frecuente en muchachas obesas y menor en las que hacen ejercicio físico habitual; algunos lo consideran un factor protector.

Se han descrito en la literatura factores de riesgo tales como que un bajo consumo de pescados se puede asociar a dismenorrea severa y que el consumo de cigarrillos puede aumentar el tiempo de dolor debido a la vasoconstricción que estos producen. Un estudio Chino describe además un aumento de la incidencia de dismenorrea primaria, en un grupo que presentaba exposición pasiva al humo de cigarrillo.

Por otro lado el consumo de alcohol en cantidades moderadas disminuye la intensidad del dolor; otros que su ingestión durante la menstruación pueden prolongarla. El consumo elevado de bebidas con cafeína, una dieta de moderada a alto contenido de grasas, especialmente de origen animal con excepción del pescado, y el exceso de estrés aumentan la probabilidad de padecer dismenorrea. (Botero "&" Henao, 2007)

Latthe et al. Realizo una revisión sistemática de los factores de riesgo asociados a dismenorrea, donde destacan: pacientes menores de 30 años, bajo y alto IMC, fumadoras, menarquia temprana, hipermenorrea, nuliparidad, síndrome premenstrual, esterilización, alteraciones psicológicas, historia de abuso sexual. Por otro lado, menor edad del primer hijo, ejercicio y consumo de anticonceptivos orales se asocia negativamente con la dismenorrea.

Existe controversia sobre la asociación de dismenorrea primaria con obesidad, consumo de alcohol y drogas. (Castro "&" Galleguillos, 2009)

Síntomas. El dolor de la dismenorrea primaria normalmente empieza unas pocas horas justo antes del inicio de la menstruación o el primer día de la misma y puede durar hasta 48-72 horas, para posteriormente ir desapareciendo sin que exista dolor en el último tramo del período menstrual.

El dolor es el síntoma característico, es similar al del parto, con cólicos supra-púbicos y puede acompañarse de dolor lumbosacro, que se irradia a la cara anterior del muslo. El dolor de la dismenorrea es de tipo cólico y se alivia con el masaje abdominal, la presión leve o el movimiento corporal. Se distinguen tres niveles de intensidad del dolor y se clasifica en:

- Formas leves: Dolor de baja intensidad, su duración no sobrepasa un día, puede soportarse o necesitar automedicación ocasional y puede desarrollar una actividad normal. No existe síntomas neurovegetativos concomitantes o son pocos.
- Formas moderadas: Dolor más intenso, persiste 2 a 3 días y requiere siempre automedicación o prescripción médica. Se acompaña de náuseas, malestar, irritabilidad y/o diarrea.
- Formas severas: Dolor muy intenso, dura todo el periodo menstrual (3-7 días), el dolor es intenso y requiere prescripción médica. Se acompaña de síntomas neurovegetativos e impide desarrollar actividades cotidianas. Son causa de absentismo escolar y laboral. (Bonilla “&” Pellicer, 2007, pág.830)

Índice de Andersh y Milson. (Burgos, Iturri “&” Reynolds, 2005)

Grado de severidad	Actividad laboral	Síntomas sistémicos	Necesidad de analgésicos
Grado 0	No afecta	No dolor menstrual	No requeridos
Grado 1	Raramente afectada	Sin efecto sistémico Dolor leve tolerable	Raramente requerido
Grado 2	Actividad moderadamente afectada	Efectos sistémicos escasos. Moderado dolor	Siempre requeridos
Grado 3	Actividad claramente afectada	Efectos sistémicos severos: náuseas, vómitos, colapsos	Siempre requeridos. Ocasionalmente con pobre respuesta

Síntomas acompañantes: predominan las alteraciones gastrointestinales: náusea, vómito, distensión abdominal y diarrea. Cardiovasculares: hipotensión, sudoración, mareos, lipotimia. También son frecuentes: cefalea, somnolencia, cansancio, debilidad muscular, dolor de espalda, nerviosismo, tensión o dolor mamario, cambios de carácter y ansiedad.

Signos. A la exploración, los signos vitales son normales. La región suprapúbica puede ser hipersensible a la palpación. Los ruidos gastrointestinales son normales y no hay hipersensibilidad en el abdomen superior, ni de rebote. La exploración bimanual en el momento del episodio dismenorreico con frecuencia muestra hipersensibilidad uterina, sin embargo no aparece dolor intenso con la movilización cervical o la palpación de las estructuras anexiales. En la dismenorrea primaria los órganos pélvicos son normales. (Botero “&” Henao, 2007)

Diagnóstico. Para diagnosticar una dismenorrea primaria, es necesario descartar patología subyacente y confirmar la naturaleza clínica del dolor. Esto se basa en un interrogatorio y en un examen clínico bien orientados, que no logran detectar hallazgos ni confirmarlos con ecografía, exámenes de laboratorio o laparoscopia.

Diagnóstico diferencial. Si existen dudas debe establecerse el diagnóstico diferencial con dismenorrea secundaria, es decir, de causa orgánica, bien sea ginecológica, la más frecuente de las cuales es la endometriosis o de otros órganos gastrointestinales, genitourinarios o músculo esqueléticos. (Berek, 2014)

Tratamiento. No existe solución definitiva para la dismenorrea primaria pero ella tiene un curso que se autolimita con la edad y la reproducción. Ello indica que aún no se conoce suficientemente cómo ocurre. La medicina mágica, los preparados de tipo vegetal, la homeopatía, la acupuntura, la medicina alternativa y aún la farmacología denominada científica ofrecen diversas

fórmulas y soluciones pero la situación no ha cambiado con ninguna de ellas, en términos de curación.

- Autocuidado: comprende medidas generales, que varían poco en los diversos grupos humanos y algunos particulares que dependen del tipo de cultura propia, de la del grupo y del medio social.
 - Medidas generales: Adecuada higiene general y completo aseo personal. Práctica habitual de algún deporte, aunque pueden ser suficientes una actividad física leve como caminar y ejercicios que favorezcan la circulación, lo cual disminuirá las molestias y mejorará el estado de ánimo. Alimentación saludable, que no afecte el sistema digestivo en particular, con una dieta con pocas grasas y condimentos, reducción de carnes rojas o fritas, aumento de agua, frutas y verduras. Evitar el cigarrillo, el exceso de licor, la obesidad, el exceso de café, la falta de sueño y el estrés.
 - Medidas especiales: Lo más importante es una correcta actitud personal ante la menstruación; asumirla como componente distintivo de feminidad y procurar corregir desajustes sin comportamientos negativos. Mantener un calendario para registro de las fechas de las menstruaciones, de la iniciación y terminación del dolor y de los síntomas asociados. Durante el dolor se recurre a muchas medidas, principalmente el reposo; descansar y dormir el tiempo adecuado; calor en el abdomen, hacerse masaje abdominal o colocarse una almohadilla eléctrica sobre el abdomen; tomar un baño o una ducha caliente; baños de asiento con agua caliente durante 10 a 15 minutos; hacer ejercicios de relajación. No es conveniente levantar pesas, permanecer de pie mucho tiempo ni realizar ejercicios u oficios extenuantes.

- Tratamiento médico:

- Analgésicos: Tales como la aspirina o el paracetamol pueden ser utilizados para iniciar tratamiento especialmente cuando los AINES están contraindicados. El paracetamol actúa sobre el dolor aumentando el umbral de éste. Es una excelente droga cuando se utiliza en dosis terapéuticas y además tiene buena tolerancia gastrointestinal. Puede causar daño hepático si se asocia con alcohol. El uso de estos medicamentos está indicado en adolescentes que experimentan leve y corto discomfort menstrual. Más de la mitad (56%) lo toma en una dosis menor que la recomendada diariamente.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): La mayoría de los tratamientos para la dismenorrea se basa en el conocimiento de la producción de PGs y actúan a través de la interrupción en pasos específicos de su formación. El resultado de la disminución de los niveles de PGs lleva a una disminución en la intensidad de las contracciones uterinas y así, menos discomfort. Los AINES son considerados como el tratamiento de primera línea en el manejo de la dismenorrea.

Los AINES (ácido mefenámico, ibuprofeno, naproxeno) deben tomar antes o al inicio del dolor, y después de forma continua, cada 6-8 horas, para prevenir la reformación de subproductos de prostaglandinas. La medicación debe tomarse durante los primeros días de la menstruación. Se recomienda una tanda de tratamiento de 3-4 meses para determinar si la paciente responde al tratamiento. Si el tratamiento no es efectivo se debe intentar el cambio de dosis y de inhibidores. La medicación estará contraindicada en pacientes con úlceras gastrointestinales o hipersensibilidad bronco-espástica al ácido acetilsalicílico. Los efectos adversos son leves e incluyen náuseas, dispepsia, diarrea y ocasionalmente astenia.

Opción terapéutica: AINES (Cobo, 2012)

FÁRMACO	DOSIS	DOSIS DIARIA MÁXIMA
Ibuprofeno	200-800mg VO 3-4v/día	3200mg
Naproxeno	250-500mg VO 2v/día o 750-1000mg 1v/día	1350mg
Ácido mefenámico	500mg iniciales, después 250mg VO c/6h	1500mg
Celecoxib	400mg iniciales, después 200mg VO 2v/día	400mg

- Anticonceptivos orales combinados (ACOC): Han sido ampliamente utilizados en el manejo de la dismenorrea. Ya desde 1937, múltiples estudios han demostrado que la dismenorrea responde a la inhibición de la ovulación. Los ACOC suprimen la ovulación y el crecimiento del tejido endometrial, con la consiguiente disminución del volumen de fluidos, secreción de prostaglandinas, disminuyendo así la presión uterina y la intensidad de sus contracciones. Los ACOC son quizá el tratamiento ideal para las adolescentes: son seguros, tienen importantes efectos adicionales como la disminución del acné, y además protegen del embarazo.
- Anticonceptivos hormonales inyectables de larga duración: El acetato de medroxiprogesterona de depósito actúa básicamente inhibiendo la ovulación. También puede inducir atrofia endometrial. Uno de sus efectos no anticonceptivos es la amenorrea con la consiguiente reducción de la dismenorrea. Aproximadamente el 64% de las adolescentes reportan disminución de los síntomas de dismenorrea durante su uso.

- Dispositivos con levonorgestrel (Mirena): Es un dispositivo que libera levonorgestrel localmente dentro de la cavidad uterina. Aunque la ovulación no se suprime, se obtiene un efecto local sobre el endometrio, con su consiguiente atrofia e inactivación. El flujo menstrual se reduce entre un 74 y 97% y entre un 16 y 35% de las pacientes caen en amenorrea después de 1 año de uso del método. La proporción de mujeres con dolor menstrual se redujo desde un 60% antes del uso de Mirena a un 29% después de 36 meses de uso.
- Tratamiento quirúrgico y otros tratamientos: Otros recursos disponibles por algunos especialistas pueden ser acupuntura y la neurectomía pre-sacra por laparoscopia con resultados variables. También han sido informadas la estimulación nerviosa transcutánea y la aplicación transdérmica de nitroglicerina, de poco uso y con resultados inciertos. (Berek, 2014)

Dismenorrea secundaria

Definición y fisiopatología. Es el dolor menstrual cíclico que aparece asociado a otra patología subyacente (hallazgos clínicos, ecográficos o laparoscópicos de compromiso de algún órgano), normalmente años después del inicio de la menarquia. El dolor de la dismenorrea secundaria frecuentemente empieza 1 o 2 semanas antes de la menstruación y persiste hasta unos pocos días después de dejar de sangrar. Los mecanismos subyacentes a la dismenorrea secundaria son diversos y no aclarados totalmente, aunque la mayoría implican un exceso en la producción de prostaglandinas o contracciones hipertónicas secundarias a obstrucción cervical, tumoraciones intrauterinas o presencia de un cuerpo extraño.

La causa más común de dismenorrea secundaria es la endometriosis, seguida de adenomiosis y de dispositivos intrauterinos. (Berek, 2014)

Diagnóstico.

- Dolor. Es el síntoma dominante y sus características varían según la enfermedad de base. Se investigan cuidadosamente: época de aparición del dolor en relación con la menarquia, localización, iniciación, duración, síntomas concomitantes o asociados, verificación del grado de alteración de las actividades cotidianas, compromiso de la actividad sexual cuando la hay; se revisan exámenes clínicos y paraclínicos anteriores y resultados de los tratamientos realizados anteriormente.

Con excepción de los casos debidos a anomalías congénitas o a endometriosis temprana, el dolor no acompaña a la menarquia aparece después y aumenta con el tiempo, a medida que la enfermedad de fondo progresa. Suele iniciarse después de los 20 años, a veces en la cuarta y quinta década.

Si la lesión es central, como en una endometriosis de los ligamentos úterosacros o en alteraciones uterinas, el dolor también lo será y podrá confundirse con una dismenorrea primaria. Si la lesión es excéntrica, el dolor también lo será y ello da una pista para el diagnóstico diferencial; es más común en las fosas iliacas –por lo que las pacientes le adjudican un origen ovárico-, y con irradiación a región lumbosacra y a hipogastrio. Con frecuencia produce dispareunia profunda, no de penetración. A diferencia de la dismenorrea primaria, el dolor no se inicia cíclicamente antes de la menstruación, aparece con el inicio del sangrado y suele sobrepasarlo en uno o 3 días; con el tiempo puede convertirse en dolor casi permanente.

Síntomas asociados: dependen de los órganos afectados, predominan los de vías urinaria y digestivas y en menor frecuencia los de tejidos musculoesqueléticos.

- Enfermedad de base. Cualquier alteración de los sistemas urinario, digestivo y musculoesquelético puede originar dolor que en algún momento semeje dismenorrea secundaria, pero esta propiamente se debe a causas ginecológicas, por masas expansivas, alteraciones hemorrágicas o sepsis.
 - Útero: Miomas submucosos, pólipos intrauterinos, dispositivo intrauterino, molde decidual (dismenorrea membranosa), miomatosis, adenomiosis. Estenosis cervical secundaria a traumas, curetajes, partos traumáticos o a dilataciones cervicales inadecuadamente realizadas. Los casos anteriores actúan como cuerpo extraño y producen hipercontractilidad y dolor de tipo espasmódico.
 - Trompas y ovarios: Sus alteraciones corresponden más al diagnóstico diferencial que a causa de dismenorrea.
 - Anomalías congénitas: himen imperforado, septo vaginal transverso, colpohematometra, estenosis cervical por sinequias congénitas, tráquelocriptia, agenesia cervical y anomalías del cuerpo uterino como retroversión uterina y útero doble en todas sus variantes. Todas estas alteraciones producen dismenorrea de tipo obstructivo con dolor gravativo por sobredistensión de tejidos y que puede hacerse permanente cuando hay reflujo menstrual a la cavidad pélvica e irritación peritoneal, el dolor suele ser intenso desde el primer periodo menstrual, desaparece y aparece cíclicamente y solo se erradica cuando se elimina la obstrucción y la sobredistensión de la víscera comprometida.
 - Endometriosis: es la principal causa de dismenorrea secundaria. Los hallazgos que configuran su diagnóstico por historia clínica, examen pélvico y ecografía permiten explicar el dolor y sus características, así como su solución. Produce cólicos menstruales por el sólo drenaje periódico a la cavidad peritoneal de sangre menstrual, se ha encontrado hasta en el 90% de las mujeres a las que se les hace laparoscopia durante el periodo

menstrual. Este reflujo de por sí no constituye anormalidad ya que solo el 10% de los casos terminan en endometriosis.

- Adenomiosis: como variante de la endometriosis, es otra causa importante de dismenorrea secundaria, Suele presentarse en multíparas sobre todo después de los 40 años, asociada a trastornos menstruales; con el tiempo el dolor se hace más severo.
- Examen físico. Incluye exploración pélvica completa cuando es posible. Si la dismenorrea es moderada o grave no debe omitirse al menos la exploración recto-vaginal. Si la paciente es sexualmente activa se hace la exploración completa y se incluye toma de muestra del cuello del útero, la palpación genital mediante una o varias de las técnicas palpatorias, pero especialmente por la vía recto-vaginal, puede encontrar ligamentos útero-sacros tensos, dolorosos al tacto y más a la movilización, a veces engrosados y fijos o con nódulos, también dolorosos y fijos, lo cual es característico de endometriosis.

En caso de Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) puede no encontrarse clínicamente nada salvo dolor difuso en toda la pelvis. Si hay masas anexiales definidas, sus características palpatorias orientan al diagnóstico. Del mismo modo los hallazgos de anomalías congénitas pueden definirse o sugerirse mediante el examen físico.

Los exámenes complementarios principales son la ecografía, sea abdominal, transvaginal o transrectal; hemoleucograma citoquímico de orina y coprológico, en algunos casos se requerirán estudios más complejos, como laparoscopia ginecológica o endoscopia digestiva y rara vez tomografía o resonancia magnética nuclear.

Diagnóstico diferencial

- Dolor pélvico agudo: Puede originarse en diversos órganos pélvicos, uno o varios a la vez. Suele ser intenso, de iniciación súbita y evolución relativamente corta los principales son:
 - Ginecológicos: embarazo ectópico, amenaza de aborto, mioma con degeneración roja, ovulación dolorosa, quistes ováricos rotos, procesos inflamatorios pélvico (salpingitis, hidrosálpinx, anexitis).
 - Gastrointestinal: apendicitis, obstrucción intestinal, adherencias, hernias complicadas y no complicadas.
 - Urológico: Cólico uretral o nefrítico, síndrome uretral, cistitis intersticial.
 - Neurológico: atrapamiento neural, hernia discal.
 - Musculo-esquelético: dolor miofascial, síndrome de dolor lumbar.
- Dolor pélvico crónico: congestión pélvica, enfermedad inflamatoria intestinal, EPI.

Tratamiento

- Médico: Casi siempre ha habido algún tratamiento sintomático con diversos analgésicos y/o antiespasmódicos e incluso anticonceptivos orales antes de esclarecer la enfermedad de base. Una vez hecho el diagnóstico se hace un tratamiento de fondo que puede incluir algún procedimiento quirúrgico.
- Quirúrgico:
 - Endometriosis: Como su diagnóstico definitivo requiere de laparoscopia, se aprovecha la misma para fulgurar, seccionar o vaporizar las lesiones, de acuerdo con el criterio médico se requerirá o no reforzar con tratamiento médico posterior.
 - Síndrome adherencial pélvico, los quistes ováricos, los miomas, la endometriosis y las anomalías congénitas son los principales

diagnósticos que puede llevar procedimientos quirúrgicos, la vía de acceso preferente es la laparoscopia, salvo que el gran tamaño o el compromiso severo de órganos vecinos lo contraindiquen.

- Los casos de obstrucción de alguno de los conductos de las vías genitales y las malformaciones requerirán tratamiento quirúrgico pertinente.
- La ablación del nervio uterino y la neurectomía presacra son dos tratamientos quirúrgicos que se han utilizado con frecuencia en los últimos años, estos procesos interrumpen la mayoría de las fibras nerviosas sensitivas cervicales y de esta forma disminuyen el dolor uterino. (Botero “&” Henao, 2007)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

En el trabajo investigativo se recolectó la información pertinente sobre estilos de vida y factores Bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea en las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”, datos que se analizaron con la finalidad de conseguir los objetivos planteados en el proceso investigativo.

Tipo de estudio

Se utilizó un diseño descriptivo, analítico y de corte transversal, basado en una encuesta previamente realizada, anónima y voluntaria, con un enfoque cuantitativo y cualitativo donde se obtuvo valores de medidas antropométricas: peso, talla e índice de masa corporal; en lo cualitativo información sobre el estilo de vida (hábitos, dieta, actividad física), antecedentes ginecológicos, familiares y conductas farmacológicas frente a la patología.

Área de estudio

Lugar, ubicación y tiempo. Se realizó en la ciudad de Loja, en el Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”, ubicado en la Av. Daniel Álvarez y Orillas del Zamora, durante el período Enero a Junio de 2014.

Universo. Las estudiantes matriculadas en primero de bachillerato (paralelos: F al L) de la unidad educativa antes mencionada. Siendo un total de 160 estudiantes.

Muestra. Todas las estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El total de la muestra fue de 65 estudiantes. **Muestreo:** probabilístico aleatorio.

Criterios de inclusión, exclusión y ética:

Criterios de inclusión. Las estudiantes matriculadas en primero de bachillerato que acudían regularmente al centro educativo, que desearon participar anónima y voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión. Las estudiantes que no cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios éticos. En el desarrollo de la investigación a las estudiantes se les pidió su consentimiento informado ^(anexo 1) y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

Métodos y técnicas

Métodos.

Fuentes. El método fue la investigación bibliográfica y de campo. Se recurrió principalmente a dos tipos de información, en primer lugar se obtuvo datos de fuentes primarias mediante la realización de una encuesta previamente elaborada ^(Anexo 2) y la obtención de medidas antropométricas ^(Anexo 3). Y en segundo lugar, fuentes secundarias que constituyeron la revisión bibliográfica obtenida a partir de libros.

Técnicas/instrumentos y procedimiento.

Técnicas. Se utilizó las técnicas de observación, elaboración y aplicación de encuestas, recolección y tabulación de datos.

Instrumentos. Encuesta previamente realizada ^(Anexo 2) acorde al tema y hoja de recolección de datos para el registro de las medidas antropométricas ^(Anexo 3).

Procedimiento.

- Para la realización de esta investigación se determinó el problema de estudio.
- Se elaboró la autorización dirigida a la unidad educativa ^(Anexo 5) y se solicitó el permiso correspondiente al rector y maestros del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, para poder realizar el trabajo investigativo.
- Se elaboró y aplicó la encuesta ^(Anexo 2) previamente construida.
- Se realizó del examen físico: Antropometría ^(Anexo 3).
 - Peso corporal: Medido con bascula (tipo reloj) calibrada, peso expresado en kilogramos. (margen de error:1,5-2kg)
 - Talla: Medido con cinta métrica, talla expresada en metros. Estudiante en posición vertical vista hacia el frente, pies juntos.
 - Índice de masa corporal (IMC) calculado con la fórmula:
$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}.$$
- Se interpretó el estado nutricional por el indicador IMC/Edad en adolescentes de 10 a 19 años de edad (Desviaciones Estándar) ^(ANEXO 4). (MSP, 2007, PÁG 72).

IMC	INTERPRETACIÓN
Sobre 3	Obesidad
Sobre 2	Obesidad
Sobre 1	Sobrepeso
0 (mediana)	Normal
Bajo 1	Normal
Bajo 2	Emaciado
Bajo 3	Severamente Emaciado

- La información se incluyó en la hoja de recolección de datos; luego se procedió a la tabulación, interpretación, discusión y elaboración de gráficas estadísticas.
- Se planteó las conclusiones y recomendaciones, como resultado del trabajo realizado.
- Finalmente se incorporó la bibliografía basada en la normas de American Psychological Association (APA), los anexos utilizados en el proceso investigativo y el índice para una mejor ubicación y comprensión del trabajo.

6. RESULTADOS

Tabla 1

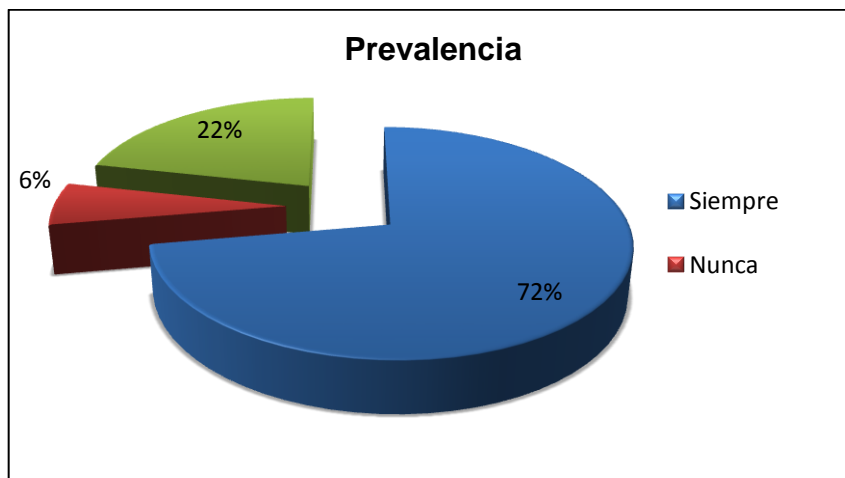
Prevalencia de dismenorrea

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Siempre	47	72,31%
Nunca	4	6,15%
Ocasionalmente	14	21,54%
<u>Total</u>	65	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 1: Prevalencia de dismenorrea



De las 65 estudiantes encuestadas, el 72,31% (47) presentan dismenorrea, un 21,54% (14) ocasionalmente y un 6,15% (4) nunca la han experimentado.

Tabla 2

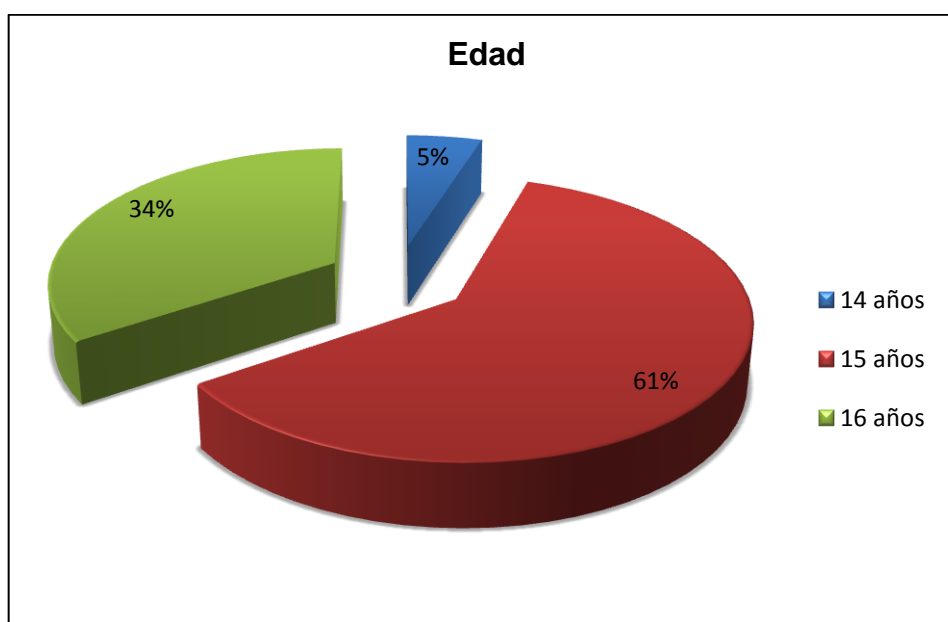
Distribución por edad

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
14 años	3	4,92%
15 años	37	60,65%
16 años	21	34,43%
<u>Total</u>	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 2: Distribución por edad



Del total de encuestadas, el 60,65% (37) se encuentran cursando los 15 años de edad.

Tabla 3

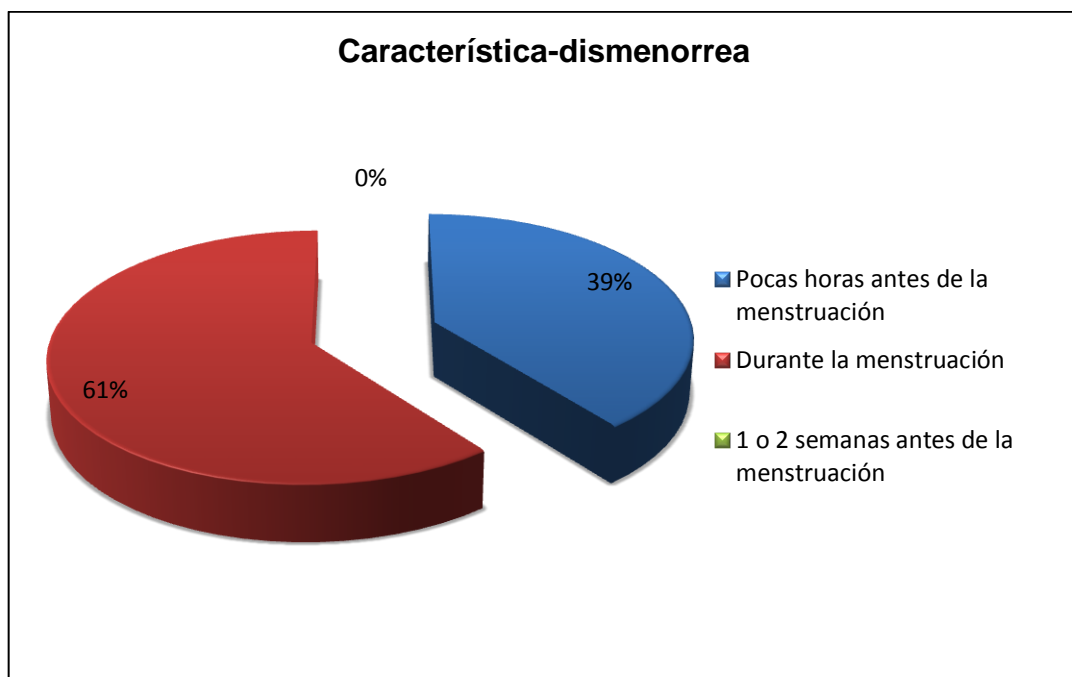
Característica de la dismenorrea

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Pocas horas antes de la menstruación	24	39,34%
Durante la menstruación	37	60,66%
1 o 2 semanas antes de la menstruación	0	0,00%
<u>Total</u>	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 3: Característica de la dismenorrea



De las estudiantes con dismenorrea, el 60,66% (37) la presentan durante el sangrado menstrual, seguidas de un 39,34% (24) que la presentan pocas horas antes de la menstruación.

Tabla 4

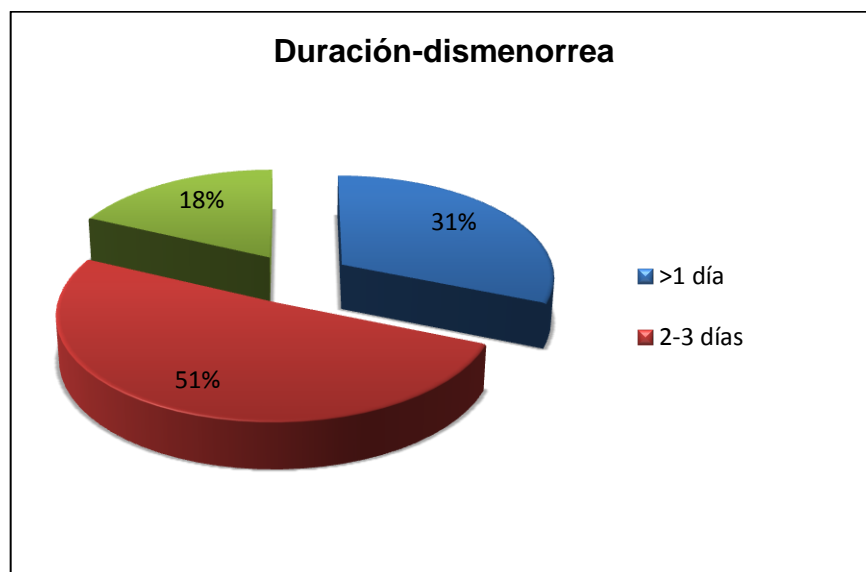
Días de duración de la dismenorrea

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
>1 día	19	31,15%
2-3 días	31	50,82%
Todo el periodo menstrual	11	18,03%
<u>Total</u>	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 4: Días de duración de la dismenorrea



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 50,82% (31) tienen menalgia de intensidad moderada, el 31,15% (19) de intensidad leve y un 18,03% (11) de intensidad severa.

Tabla 5

Dificultad en la realización de actividades cotidianas y escolares

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	31	50,82%
No	13	21,31%
Parcialmente	17	27,87%
<u>Total</u>	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 5: Dificultad en la realización de actividades cotidianas y escolares



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 50,82% (31) presentan impedimento para realizar sus actividades diarias seguidas de un 27,87% (17) donde la dificultad es parcial.

Tabla 6

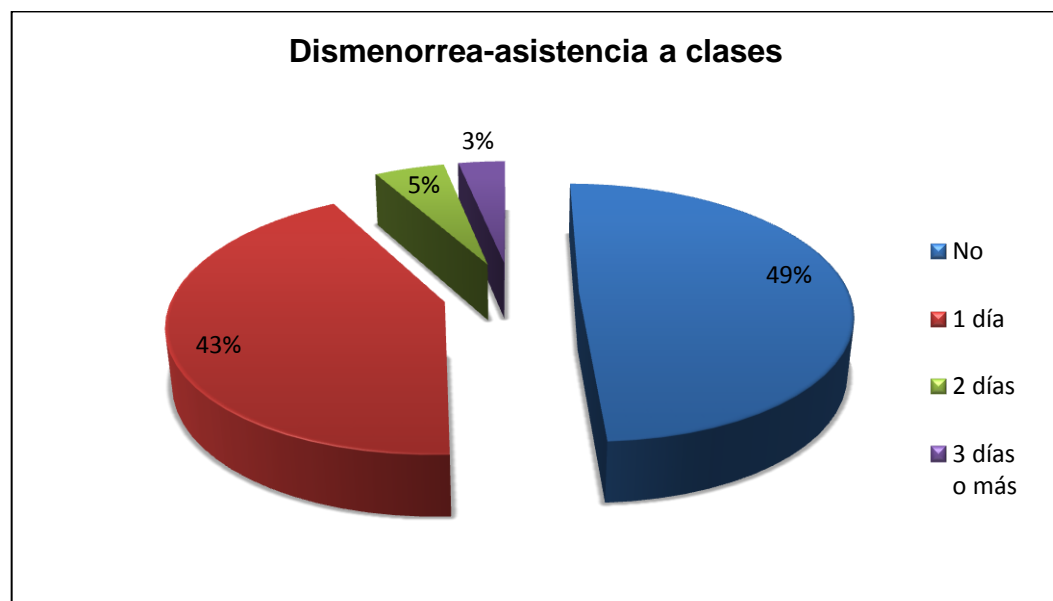
Impedimento para acudir a clases regularmente

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	30	49,18%
Si (1 día)	26	42,62%
Si (2 días)	3	4,92%
Si (3 días o más)	2	3,28%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

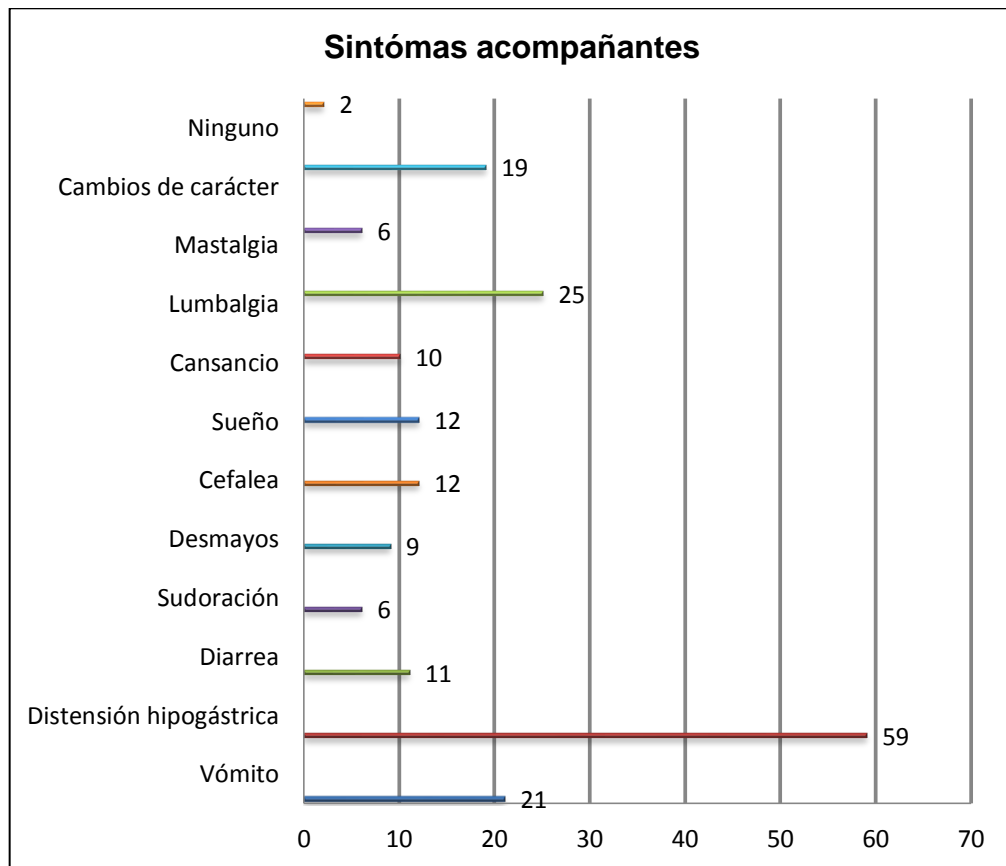
Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 6: Impedimento para acudir a clases regularmente



De las 61 estudiantes con dismenorrea el 49,18 % (30) acuden regularmente a clases y el 42,62% (26) presentan un día de ausentismo escolar.

Figura 7: Síntomas acompañantes



Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 30,73% (59) presentan distensión hipogástrica, el 13,02% (25) lumbalgia y el 10,94% (21) vómito.

Tabla 8

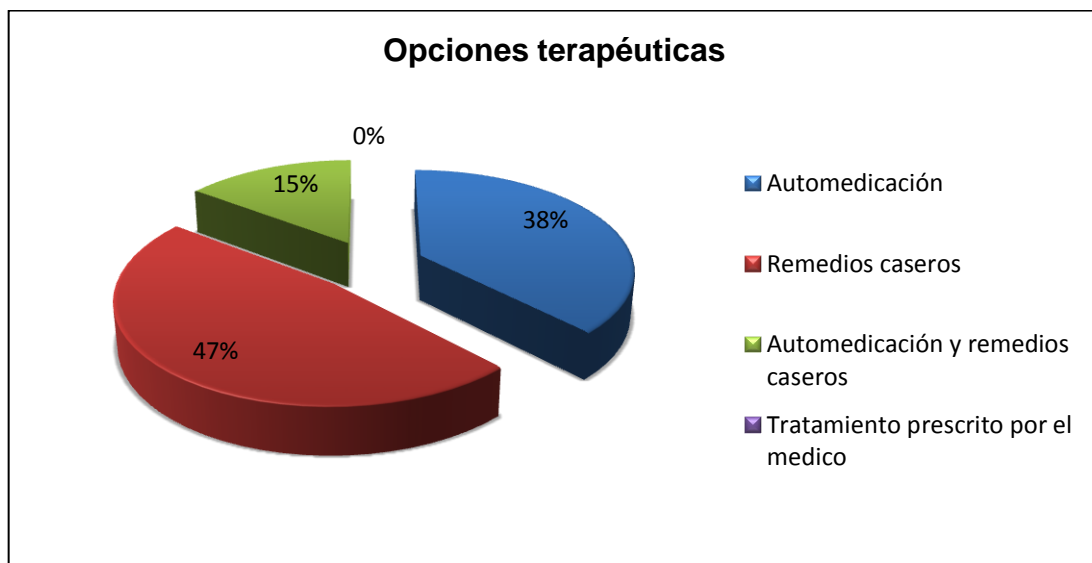
Opciones terapéuticas utilizadas

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Automedicación (ibuprofeno-femen)	23	37,71%
Remedios caseros	29	47,54%
Automedicación/remedios caseros	9	14,75%
Tratamiento prescrito por el medico	0	0,00%
Total	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 8: Opciones terapéuticas utilizadas



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 47,54% (29) utilizan medicinas alternativas y el 37.71% (23) se automedican.

Tabla 9

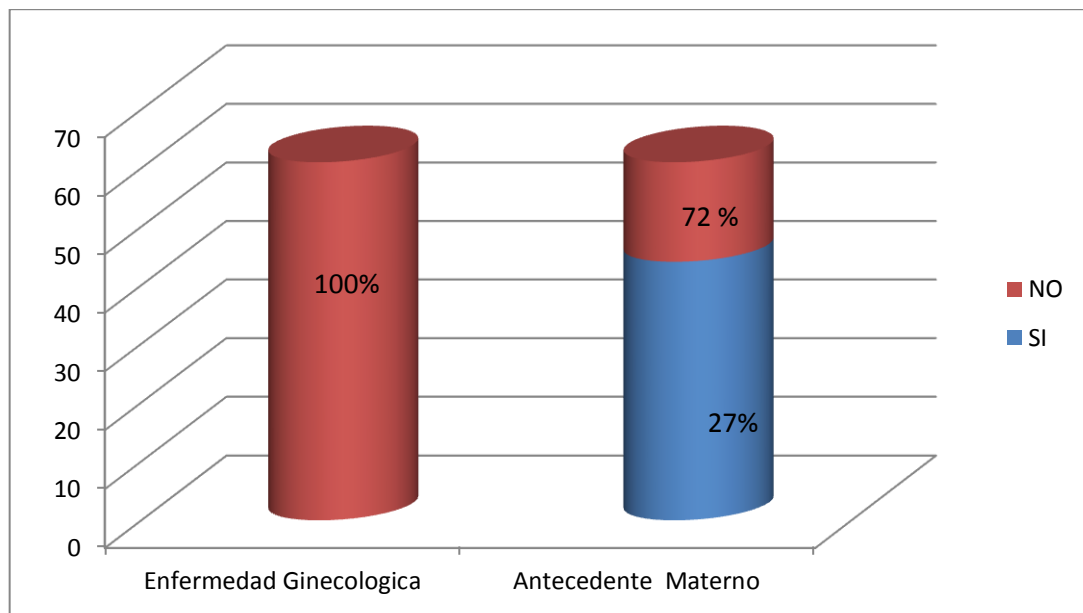
Presencia de enfermedad ginecológica y antecedente materno

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>		<u>Porcentaje</u>	
	Enfermedad Ginecológica	Antecedente Materno	Enfermedad Ginecológica	Antecedente Materno
Si	0	44	0,00%	72,13%
No	61	17	100%	27,87%
Total	61	61	100%	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 9: Presencia de enfermedad ginecológica y antecedente materno



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 100% no presentan enfermedad ginecológica y el 72,13% (44) presentan antecedente materno de menalgia.

Tabla 10

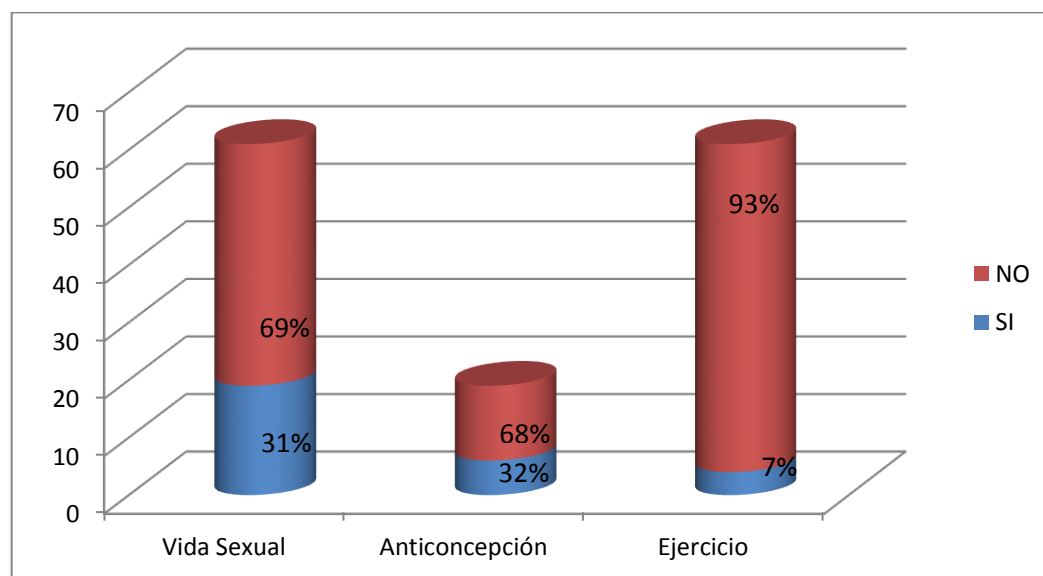
Inicio de vida sexual, anticoncepción y ejercicio físico

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>			<u>Porcentaje</u>		
	Vida sexual	Anticoncepción	Ejercicio	Vida sexual	Anticoncepción	Ejercicio
Si	19	6 (preservativo)	4 (aeróbicos)	31,15%	31,58%	6,56%
No	42	13	57	68,85%	68,42%	93,44%
Total	61	19	61	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 10: Inicio de vida sexual, anticoncepción y ejercicio físico



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 68,85% (42) no inician su vida sexual, del 31,58% (19) que si han iniciado el 68,42% (13) no usan ningún método anticonceptivo. Por otro lado el 93,44% (57) no realizan ejercicio físico.

Tabla 11

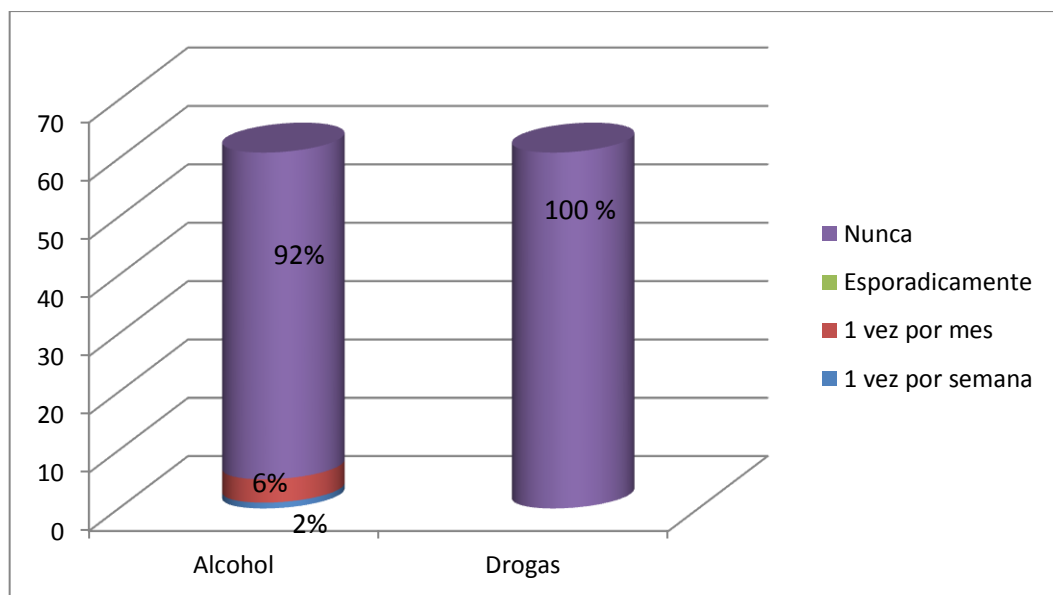
Consumo de alcohol y drogas

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>		<u>Porcentaje</u>	
	Alcohol	Drogas	Alcohol	Drogas
1 vez por semana	1	0	1,64%	0,00%
1 vez por mes	4	0	6,56%	0,00%
Esporadicamente	0	0	0,00%	0,00%
Nunca	56	61	91,80%	100%
<u>Total</u>	61	61	100%	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Tabla 11: Consumo de alcohol y drogas



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 91,80% (56) no ingieren alcohol y el 100% no consumen drogas.

Tabla 12

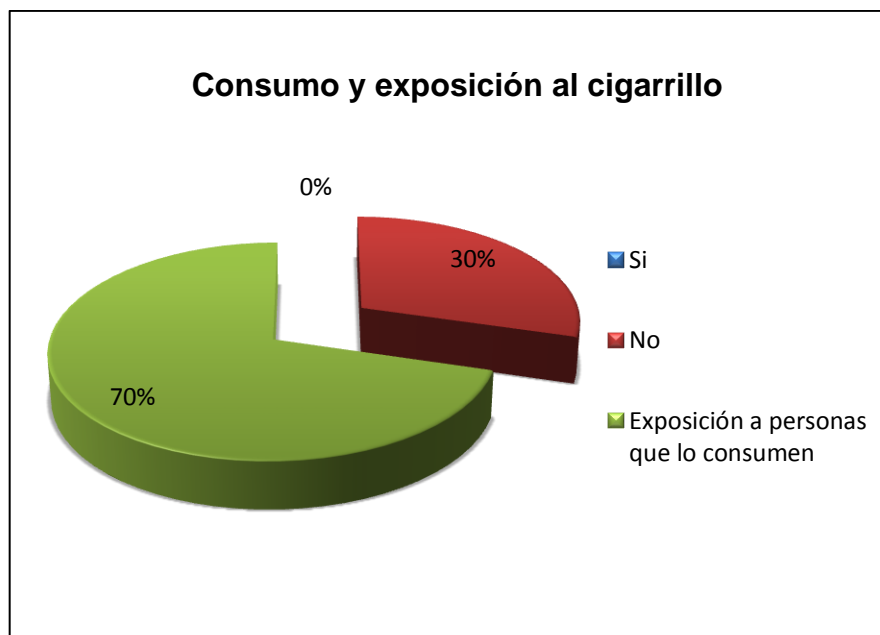
Consumo y exposición al cigarrillo

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	0	0,00%
No	18	29,51%
Exposición (personas/consumen)	43	70,49%
<u>Total</u>	61	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 12: Consumo y exposición al cigarrillo



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 70,49 % (43) estas expuestas al humo de cigarrillo.

Tabla 13

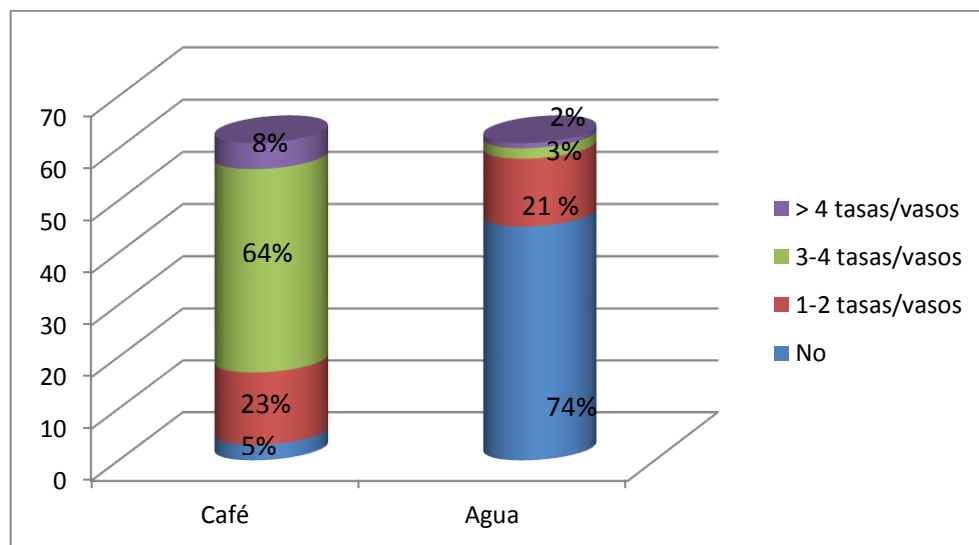
Consumo de café y agua al día

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>		<u>Porcentaje</u>	
	Café	Agua	Café	Agua
No	3	45	4,92%	73,77%
1-2 tasas/vasos	14	13	22,95%	21,31%
3-4 tasas/vasos	39	2	63,93%	3,28%
> 4 tasas/vasos	5	1	8,20%	1,64%
<u>Total</u>	61	61	100%	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 13: Consumo de café y agua al día



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 95,08% (58) consumen café y el 73,77% (45) no ingieren agua diariamente.

Tabla 14

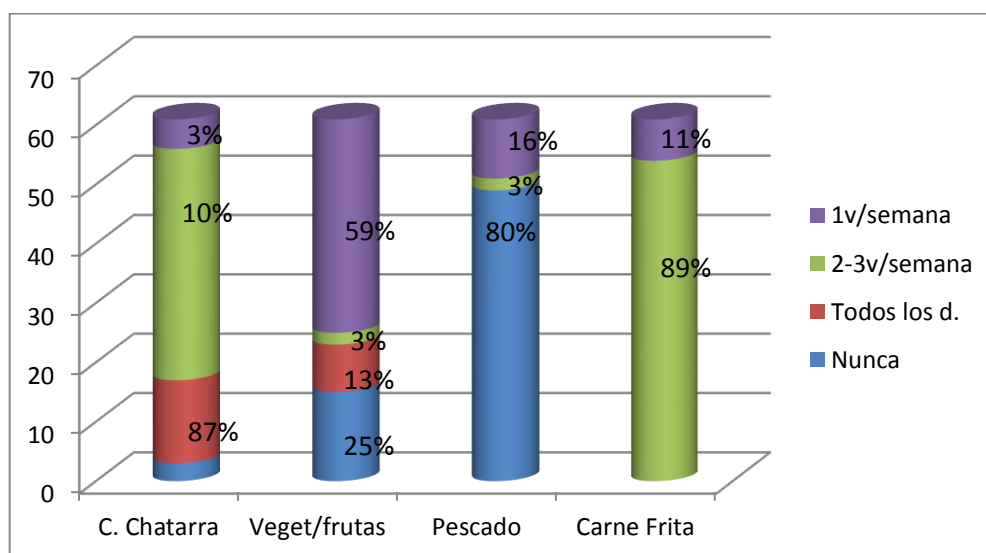
Frecuencia de consumo de comida chatarra, pescado, carne frita, vegetales y frutas por semana

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>				<u>Porcentaje</u>			
	Comida chatarra	Veget. Frutas	Pescado	Carne frita	Comida chatarra	Veget. Frutas	Pescado	Carne frita
Nunca	0	15	49	0	0,00%	24,60%	80,33%	0,00%
Todos los días	53	8	0	0	86,98%	13,11%	0,00%	0,00%
2-3v/semana	6	2	2	54	9,84%	3,28%	3,28%	88,52%
1v/semana	2	36	10	7	3,28%	59,01%	16,39%	11,48%
<u>Total</u>	61	61	61	61	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta previamente elaborada.

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi.

Figura 14: Frecuencia de consumo de comida chatarra, pescado, carne frita, vegetales y frutas por semana



De las 61 estudiantes con dismenorrea, el 100% consumen comida chatarra, el 59,01% (36) vegetales y frutas 1 vez por semana, el 88,52% (54) carne frita 2 a 3 veces semanalmente y el 80,33% (49) no consumen pescado.

Tabla 15

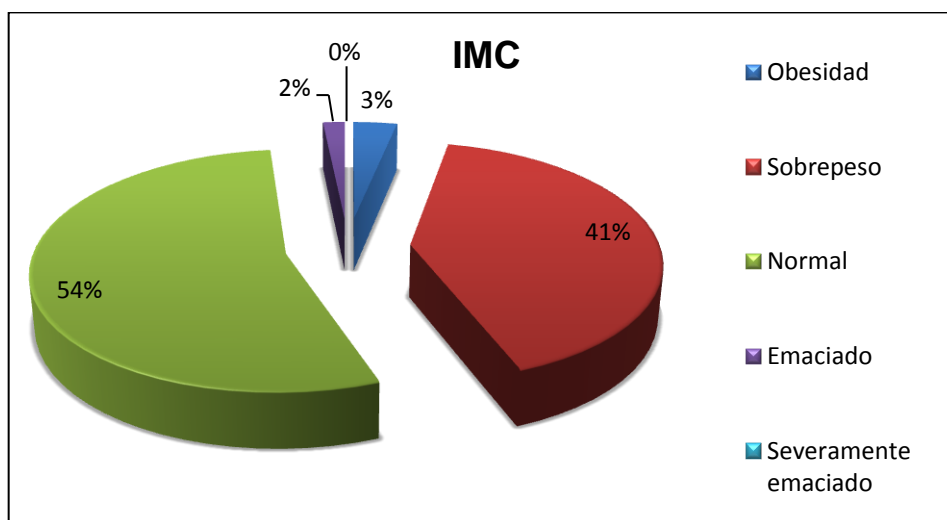
Clasificación de los estudiantes con dismenorrea de acuerdo al IMC

<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Obesidad (sobre 2, 3)	2	3,28%
Sobrepeso (sobre 1)	25	40,98%
Normal (0 mediana)	33	54,10%
Emaciado (bajo 2)	1	1,64%
Severamente emaciado (bajo 3)	0	0,00%
<u>Total</u>	61	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos/Medidas antropométricas (peso y talla)

Autor: Mayra Alejandra Calderón Celi

Figura 15: Clasificación de los estudiantes con dismenorrea de acuerdo al IMC



De las 61 estudiantes con dismenorrea de acuerdo a los percentiles IMC para adolescentes de la OMS del año 2007, el 54,10% (33) tienen un IMC normal y el 40,98% (25) tienen sobrepeso.

7. DISCUSIÓN

La prevalencia de dismenorrea encontrada en nuestro estudio, resultó ser similar a los datos obtenidos en otras investigaciones, cuyas características poblacionales son parecidas o lo más similares a las nuestras. En la presente tesis se identificó 61 casos de dismenorrea de las 65 estudiantes encuestadas, es decir el 93,85% presentan esta patología, de las cuales el 72,31% presenta cólicos durante todas sus menstruaciones y el 21,54% presentan ocasionalmente dolor menstrual. Un estudio realizado en la facultad de medicina y psicología de la universidad del Rosario-BOGOTÁ en el 2009 identificó que el 73% de 127 mujeres universitarias encuestadas presentan cólicos menstruales. (Bautista, Montealegre, Herrera “&” Zamora, 2009).

Otro estudio realizado en el Estado de Hidalgo-MÉXICO en el 2007 en 230 estudiantes universitarias mostró que el 70% sufren de dismenorrea. Lo que nos demuestra que la prevalencia de esta patología es muy alta en los diferentes grupos de estudio a nivel global. (Ortiz, Pérez, “&” Macías, 2007).

Del total de estudiantes con dismenorrea en nuestra investigación, el 50,82% presentan dolor que les impide realizar sus actividades cotidianas y escolares, seguidas de un 27,87% en donde el impedimento es parcial. Por otro lado el 42,62% faltan a sus actividades escolares durante un día y el 4,92% durante 2 días y el 3,28%, durante 3 días o más, es decir su rendimiento escolar disminuye, datos que concuerdan con el estudio antes mencionado realizado en la universidad del Rosario-Bogotá que indica que el 44,6% de las encuestadas con dismenorrea se han ausentado de sus labores académicas o sociales, con un porcentaje de ausentismo escolar a causa del dolor del 74.5% en al menos 1 día.

La sintomatología más frecuente que acompaña a la dismenorrea en nuestro sondeo es la presencia de distensión hipogástrica con un 30,73%, seguidas de las alumnas que presentan lumbalgias y vómito con un 13.02% y un 10,94% correspondientemente, sin embargo en el estudio realizado en

Madrid muestra que un 45% presenta cólicos menstruales con dolor en la zona lumbar.

En cuanto a las medidas terapéuticas empleadas por las alumnas de nuestro estudio investigativo muestran que el 47,54% utilizan remedios caseros (agua de manzanilla, ruda, hoja de higo y compresas de agua tibia), mientras que el 37.71% se automedican (ibuprofeno), además ninguna de las alumnas acudió al médico. Este resultado no difiere mucho de los obtenidos en Bogotá dentro de los cuales el 67% de las participantes que presentaron dolor menstrual refirió tomar medicamentos para aliviar el dolor y el 42% fue auto formulado; el estudio realizado en México muestra que el 24.8% de la población con dismenorrea consultó a profesional médico y el 67.7 % se automedico los, fármacos más utilizados fueron pamabrom y pirlamina (44%), metamizol con butilhioscina (22.9%), naproxeno (10.1%), ibuprofeno (7.3%) y paracetamol (6.4%).

Un dato muy importante y que coincide con todos los estudios realizados a nivel mundial es el antecedente materno de esta entidad patológica. Nuestra indagación muestra que el 72,13% del total de estudiantes con menstruaciones dolorosas poseen este antecedente. Investigaciones que concuerdan con este dato fue el realizado en Perú en el 2013 a 389 adolescentes entre 13 y 17 años que revela que 86% presentan antecedente materno de cólicos menstruales, mientras que lo que se obtuvo en la investigación propuesta por la universidad de Rosario-Bogotá fue del 95%. (Paredes, Madrid, Sandoval, “&” Paz, 2013).

Finalmente la presente investigación permitió evaluar y determinar la presencia de factores de riesgo, entre los principales se encuentra deficiente actividad física (93,44%), exposición al humo de cigarrillo (70,49%), consumo de café (95,08%) y comida chatarra (100%). Además de falta de alimentos en la dieta como vegetales, frutas (24,60%) y pescado (80,33%). En la universidad del Rosario-Bogotá el 18,5% de las mujeres fuman, el 29,3% consumen café y el 18% no realizan ejercicio físico.

8. CONCLUSIONES

- En nuestro estudio existe una alta prevalencia (93,85%) de dismenorrea, los cuales son de origen primario, encontrándose altamente vinculados a diversos factores bio-constitucionales y estilos de vida.
- El 50,82% de las estudiantes presenta dismenorrea de intensidad moderada, situación que les dificulta cumplir con actividades cotidianas y escolares, repercutiendo negativamente en el rendimiento escolar.
- La sintomatología que acompañan al dolor durante las menstruaciones, son la distensión hipogástrica (30,73%) seguido de lumbalgias y vómito.
- Las opciones terapéuticas seleccionadas por las estudiantes son la toma de medicinas alternativas y la automedicación (AINEs), siendo esta última la más preocupante debido a sus posibles efectos secundarios.
- En cuanto a dieta la investigación arroja datos alarmantes, destaca el no consumo de agua, frutas, vegetales ni pescado. En cuanto a los hábitos nocivos se encuentra el consumo de comida chatarra (100%), cafeína (95,08%) y la exposición al humo de cigarrillo (70,49%).
- El 72,13% presentan antecedente materno de dismenorrea, la realización de actividad física es totalmente desalentadora, el 93,44% no la realizan y 40,98% se encuentran en sobrepeso.
- Finalmente la conducta sexual y el uso de condón como principal método anticonceptivo utilizado no se vinculan con la aparición y/o agravamiento de la dismenorrea.

9. RECOMENDACIONES

- Informar, orientar y educar a las adolescentes con dismenorrea proporcionando el conocimiento completo sobre la enfermedad, papel que debería estar a cargo del personal docente de la institución y profesionales de la salud.
- Gestionar con entidades de salud pública y privada, haciéndoles conocer los datos alarmantes de malos hábitos alimenticios en nuestras adolescentes, con el fin de realizar conferencias sobre la importancia de una alimentación sana y nutritiva, además de dar cumplimiento y realizar un control minucioso sobre la venta de comida alta en grasa en los bares y afueras de la institución.
- Incentivar a la población adolescente a seguir manteniendo el no consumo de alcohol y drogas, y a las alumnas inmersas en el mismo impartirles charlas, afiches, trípticos que contengan imágenes llamativas con las consecuencias y repercusiones del consumo de alcohol.
- Coordinar con autoridades del plantel educativo, docentes y en especial a los maestros del área de cultura física, la realización de actividades deportivas, inculcando en las alumnas desde ya el beneficio de realizar actividad física que mejoraría la dismenorrea y ayudaría a prevenir patologías en el futuro como obesidad, hipertensión arterial, diabetes, entre otros beneficios del ejercicio físico.
- Se considera importante instruir, educar y guiar a las adolescentes en temas de educación sexual y anticoncepción enfatizando las consecuencias de una vida sexual sin riesgos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Bautista, S., Montealegre N. Herrera, R., “y” Zamora I. (2009). Prevalencia y factores asociados a dismenorrea en estudiantes de la universidad del Rosario. *Revista Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario*, 8(3), 37-48. Recuperado el 02 de marzo del 2014 en: <http://www.redalyc.org/pdf/562/56220004002.pdf>
2. Berek, S. J. (2014). *Ginecología de Novak*. (16° ed.). Dolor pélvico y dismenorrea. (pp. 530-533). Barcelona, España: Lippincott Williams y Wilkins
3. Boletín de información terapéutica para la APS. (2007). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la dismenorrea primaria y el cólico nefrítico*, (21). Recuperado el 20 de julio del 2014 de <http://files.sld.cu/cdfc/files/2010/01/boletin-dismenorrea-y-colico-nef.pdf>
4. Bonilla, F., y Pellicer A. (2007). Obstetricia, reproducción y ginecología básica. (1° ed.). *Dismenorrea*. (pp. 830). Madrid, España: Panamericana.
5. Botero, J., Júbiz H. A., “y” Henao G. (2007). *Obstetricia y ginecología*. (8°ed.). Dismenorrea. (pp. 499-503). Bogotá, Colombia: CiB
6. Burgos, R. B., Iturri, E., “y” Reynolds, E. (2005). Dismenorrea. *Revista Paceña de medicina familiar*. Recuperada el 16 de Enero del 2014 en: http://www.mflapaz.com/revista_1_PDF/9%20Dismenorrea.pdf
7. Castro, Á. M. (2010). Dismenorrea Primaria en Adolescentes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 52(4). Recuperada el 16 enero del 2014 en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol52No4_Octubre_Diciembre_2010/v52n4a04.pdf
8. Castro, M., y Galleguillos, C. (2009). Dismenorrea Primaria en Adolescentes. *Revista de la sociedad chilena de obstetricia y ginecología infantil y de la adolescencia*, 16(2), 23-36. Recuperado el 20 de julio del 2014 en: http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2009/SOGIA_2_2009_1.pdf

9. Cobo, A. D. (2012). Alteraciones menstruales. *Servicio de Obstetricia y ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada*. Recuperado el 16 de Enero del 2014 en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/archivos/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_alteraciones_menstruales.pdf
10. Lombardía, J., y Fernández M. (2009). *Ginecología y Obstetricia*. (2º ed.). Dismenorrea. (pp. 220). Madrid, España: Panamericana.
11. López, M. R. (2011). Dismenorrea primaria en adolescentes. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII*, (599), 415-418. Recuperado el 20 de julio del 2014 de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art6.pdf>
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Dismenorrea. *Protocolos de atención integral a adolescentes*, pp. 52.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2007). *Normas de nutrición para la prevención secundaria y control del sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes. Índice de Masa Corporal para mujeres de 10 a 19 años*, (pp. 72). Recuperado el 20 de julio del 2014 en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_PREVENCION_SECUNDARIA.pdf
14. Montoya, J. S., Hernández A., Mendoza O., Cárdenas R., “y” Villasis M. A. (2012). Alteraciones menstruales en adolescentes. *Boletín Médico - Hospital de México*, 69(1), 63-76. Recuperado el 16 de enero del 2014 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2012/hi121j.pdf>
15. Ortiz, M., Pérez, N., “y” Macías, A. (2007). Utilización de fármacos para el tratamiento de dismenorrea primaria en estudiantes universitarias de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo-México. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 38(4), 24-29. Recuperado el 02 de marzo del 2014 en: <http://www.redalyc.org/pdf/579/57938404.pdf>
16. Paredes, J., Madrid, A., Sandoval, C., “y” Paz, P. (2013) Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes, según estrato

- socioeconómico. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 59(2). Recuperado el 02 de marzo del 2014 en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322013000200003&script=sci_arttext
17. Plascencia, J. L., y Pereira, L. A. (2013). Diagnóstico y tratamiento de la dismenorrea primaria en adolescentes. *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia*, 197-213. Recuperado el 20 de julio del 2014 de: http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/8-Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20dismenorrea%20primaria%20en%20adolescentes.pdf Castro, M., y Galleguillos, C. (2009). Dismenorrea Primaria en Adolescentes.
18. Schulin, Z., y Conejero C. (2011). Trastornos menstruales y dismenorrea en la adolescencia. *Revista médica clínica Condes*, 22(1), 39-47. Recuperada el 16 de enero del 2014 en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/5_Dra_Schulin-Zeuthen-7.pdf
19. Urrutia, R. M. (2013). Dismenorrea conceptos generales. *Revista de ginecología y obstetricia de México*, (81), 60-68. Recuperada el 16 de enero del 2014 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131j.pdf>
20. Usandizaga B. J., De la fuente P. (2011). *Obstétrica y ginecología*. (4° ed.). Dismenorrea. (pp. 773-779). Madrid, España: Marbán

11. ANEXOS

Anexo 1

Solicitud de consentimiento a las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja.

Srta. Estudiante por medio del presente me permito con el mayor de los respetos hacerle conocer que previo a la obtención de mi título de Médico General es imprescindible presentar una investigación científica relacionada con la carrera que ostento obtener, motivo por el cual es mi deseo realizar la misma con su participación, en la cual será evaluada mediante una encuesta y examen físico, en la propia institución en el horario regular, el día y la hora que me asignen. Es necesario aclarar que el examen físico a realizarse constará de medidas antropométricas, es decir, incluirá evaluación del peso, talla, e índice de masa corporal.

Por la atención que se digne dar a la presente le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

MAYRA ALEJANDRA CALDERÓN CELI

Estudiante de Medicina.

.....
Firma de la estudiante

Anexo 2

Encuesta aplicada en la investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

ENCUESTA:

TEMA: Estilos de vida y factores Bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea en las estudiantes de primero de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, en el periodo Enero a Junio de 2014.

No es necesario indicar su nombre, unicamente responda o indique con una (x) la respuesta a cada pregunta. De ante mano reciba mi agradecimiento por su participación.

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. Edad:.....

2. CÓLICOS MENSTRUALES:

2.1. Durante la menstruación sufres de cólicos o dolor:

- Siempre: ()
- Nunca: ()
- Ocasionalmente: ()

2.2. El dolor se presenta:

- Pocas horas antes de la menstruación: ()
- Durante la menstruación: ()

- 1 o 2 semanas antes de la menstruación: ()

2.3. Duración del dolor:

- > de 1 día: ()
- 2-3 días: ()
- Todo el periodo menstrual: ()

2.4. El dolor le impide realizar sus actividades cotidianas y escolares:

- Si: ()
- No: ()
- Parcialmente: ()

2.5. El dolor le impide acudir a clases regularmente:

- No ()
- Si: ()

En caso de que la respuesta sea SI, cuantos días no acude a clases:....

2.6. Señale con varias (x) si es necesario. El dolor se acompaña de:

- Vómito: ()
- Hinchazon (vientre) ()
- Diarrea: ()
- Sudoración: ()
- Desmayos: ()
- Dolor de cabeza ()
- Sueño: ()
- Cansancio: ()
- Dolor de espalda: ()
- Dolor de los senos: ()
- Cambios de carácter: ()
- Ninguno: ()
- Otros:.....

2.7. Utiliza alguna de estas opciones para mejorar el dolor:

- Medicamentos de farmacia sin receta medica (Ej. femen) ()
- Remedios caseros (agua de manzanilla, ruda, hoja de higo, compresas de agua tibia) ()
- Ambos: ()
- Tratamiento prescrito por el medico: ()
- Otros:.....

2.8. Ha acudido al medico por este problema:

- SI: ()
- No: ()

En caso de que la respuesta sea SI, que tratamiento utiliza:.....

3. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES

3.1. Presenta alguna enfermedad ginecologica:

- SI: ()
- No: ()

En caso de que la respuesta sea SI, que enfermedad:.....

3.2. Su madre presenta o presentó dolor durante la menstruación:

- SI: ()
- No: ()

4. ESTILOS DE VIDA

4.1. Ha iniciado su vida sexual:

- SI: ()
- No: ()

4.2. Si tiene actividad sexual. Utiliza algun método anticonceptivo:

- SI: ()

- No: ()

En caso de que la respuesta sea SI anote el método que utiliza:.....

4.3. Realiza ejercicio físico regularmente:

- SI: ()
- No: ()

En caso de que la respuesta sea SI:

- Que ejercicio realiza:.....

4.4. Consume alcohol:

- 1 vez por semana ()
- 1 vez por mes ()
- Esporadicamente ()
- Nunca: ()

4.5. Utiliza cigarrillo:

- SI: ()
- No: ()
- Esta expuesta a personas que consumen tabaco: ()

4.6. Consume drogas:

- 1 vez por semana ()
- 1 vez por mes ()
- Esporadicamente ()
- Nunca: ()

En caso de que la respuesta sea SI, que drogas utiliza:.....

4.7. Consume café:

- No: ()
- 1-2 tazas: ()
- 3-4 tazas ()

- > 4 tasas ()

4.8. Consume agua aparte del agua que ingiere con las comidas:

- No: ()
- 1-2 vasos ()
- 3-4 vasos ()
- > 4 vasos ()

4.9. Consume papas fritas, hamburguez, hot-dogs:

- Nunca ()
- Todos los días ()
- 2-3 veces por semana ()
- 1 vez por semana ()

4.10. Consume vegetales y frutas diariamente:

- Nunca ()
- Todos los días ()
- 2-3 veces por semana ()
- 1 vez por semana ()

4.11. Consume pescado:

- Nunca ()
- Todos los días ()
- 2-3 veces por semana ()
- 1 vez por semana ()

4.12. Consume carne de cerdo o carne frita:

- Nunca ()
- Todos los días ()
- 2-3 veces por semana ()
- 1 vez por semana ()

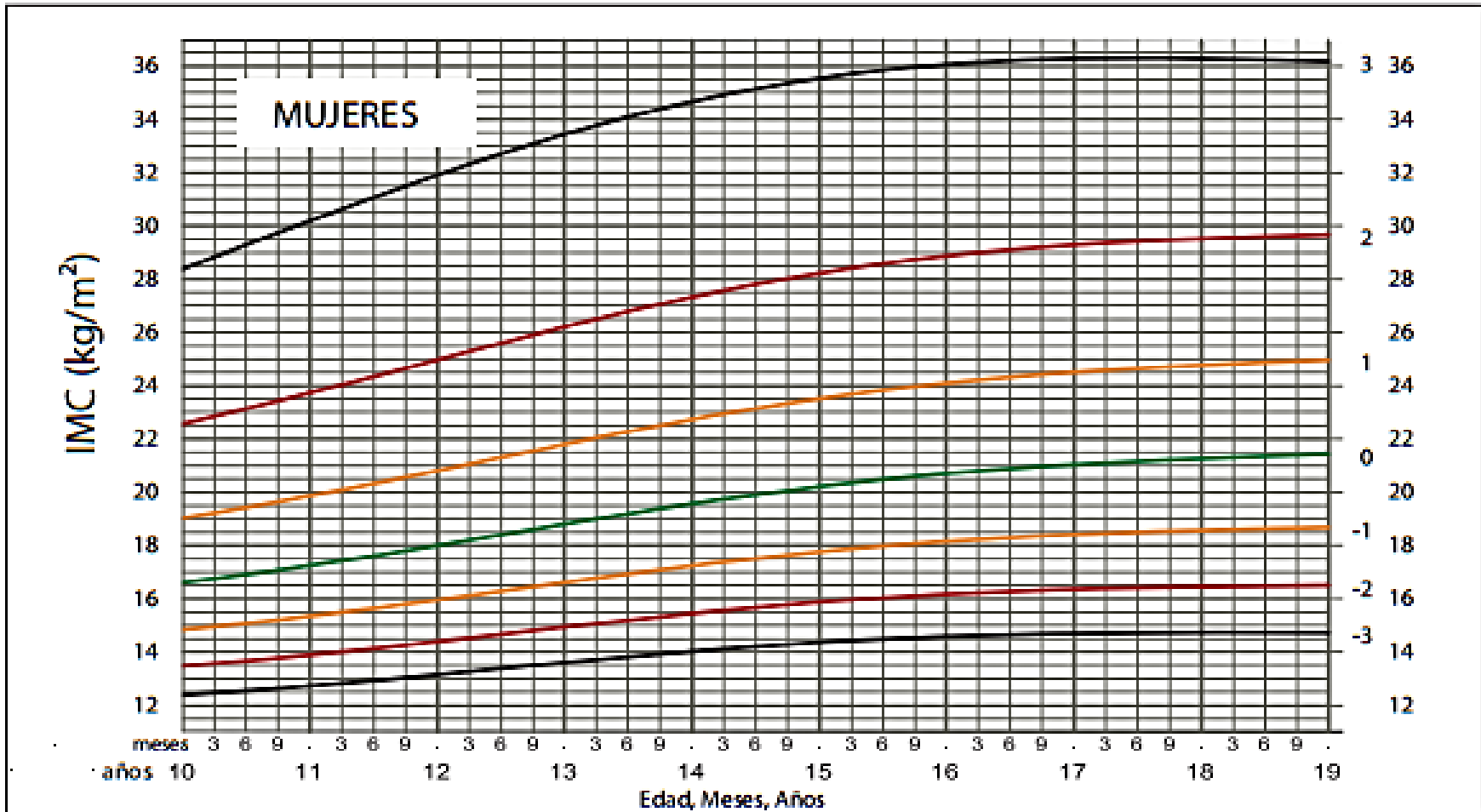
Anexo 3

Hoja de recolección de datos: medidas antropométricas.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS																	
<u>Datos de la estudiante:</u>																	
Edad:.....																	
Peso:																	
Talla:																	
IMC:																	
Resultado:																	
<table border="1"><thead><tr><th>IMC</th><th>INTERPRETACIÓN</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sobre 3</td><td>Obesidad</td></tr><tr><td>Sobre 2</td><td>Obesidad</td></tr><tr><td>Sobre 1</td><td>Sobrepeso</td></tr><tr><td>0 (mediana)</td><td>Normal</td></tr><tr><td>Bajo 1</td><td>Normal</td></tr><tr><td>Bajo 2</td><td>Emaciado</td></tr><tr><td>Bajo 3</td><td>Severamente Emaciado</td></tr></tbody></table>		IMC	INTERPRETACIÓN	Sobre 3	Obesidad	Sobre 2	Obesidad	Sobre 1	Sobrepeso	0 (mediana)	Normal	Bajo 1	Normal	Bajo 2	Emaciado	Bajo 3	Severamente Emaciado
IMC	INTERPRETACIÓN																
Sobre 3	Obesidad																
Sobre 2	Obesidad																
Sobre 1	Sobrepeso																
0 (mediana)	Normal																
Bajo 1	Normal																
Bajo 2	Emaciado																
Bajo 3	Severamente Emaciado																

Anexo 4

Índice de masa corporal/edad, 10 a 19 años. Desviaciones estándar.



Anexo 5

Solicitud de autorización al rector del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" de la ciudad de Loja.

Loja, 20 de Febrero de 2014

Hermano.

MARIANO MORANTE MONTES

Rector del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" de la ciudad
de Loja

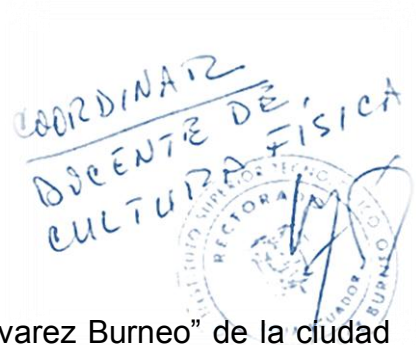
Ciudad.-

De mi especial consideración:

Mediante la presente y como exalumna del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo", me permito con el mayor de los respetos hacerle conocer que previo a la obtención de mi título de Médico General es imprescindible presentar al alma mater lojano una investigación científica relacionada con la carrera que ostento obtener, motivo por el cual es mi deseo realizar la misma en la institución educativa que me eduque y que usted dirige.

He escogido como tema de tesis, "Estilos de vida y factores Bioconstitucionales que influyen en la dismenorrea en las estudiantes de primero de bachillerato" de la entidad educativa que usted regenta, motivo por el cual ruego encarecidamente me permita realizar estudio en mención, a tal efecto, encarezco de su ayuda en lo que a información requiero, aprovechando el talento humano que dispone la institución

Para el desarrollo del mismo le solicito muy comedidamente autorice la participación de las estudiantes de primero de bachillerato (paralelos: del F al L), estudiantes que serán evaluadas mediante una encuesta y examen físico, en su propia institución en el horario regular, el día y la hora que usted me asigne. Es necesario informarle que el examen físico a realizarse en las

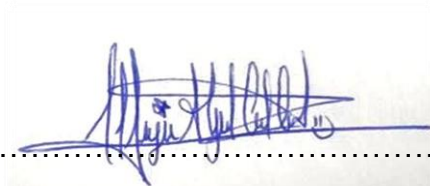


alumnas constará de medidas antropométricas, es decir, incluirá evaluación del peso, talla, índice de masa corporal.

Adjunto la encuesta a aplicarse a las estudiantes.

Por la atención que se digne dar a la presente le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mayra Alejandra Calderón Celi', is centered on a white background. The signature is written in a cursive style with some overlapping lines.

Mayra Alejandra Calderón Celi

Estudiante de Medicina

Anexo 6

Fotografías.

Aplicación de encuesta.



Examen físico- medidas antropométricas.



Charla: dismenorrea y estilos de vida saludables.



Anexo 7 (tríptico)



DISMENORREA (CÓLICO MENSTRUAL)



CONCEPTO:

Etimológicamente la palabra dismenorrea proviene del griego (dys: difícil, mens: mes y rhoja: flujo), que significa flujo menstrual difícil.

INCIDENCIA:

La dismenorrea es una de las afectaciones ginecológicas más frecuentes, casi todas las mujeres, principalmente adolescentes, sienten algún dolor o malestar durante la menstruación.

COMO PREVENIR

ALIMENTACIÓN SANA



- *Consume 2 litros de agua al día*
- *Consume abundante frutas y vegetales*
- *Evita la comida chatarra: papas fritas, hot-dogs, aderezos, pollo y carne frita, pizza.*
- *Prefiere el pescado*
- *Prefiere jugos naturales a las coca-colas o al café*

CUIDATE

Ejercicio físico

- *Realiza al menos media hora diaria del ejercicio que prefieras, baila, corre, diviértete.*

Y

- *No olvides de dormir al menos 8 horas diarias*
- *Evita el stress*



Acude al médico

NO TE AUTOMEDIQUES

Índice

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	iii
AUTORÍA.....	iv
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
DISMENORREA.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
CONCEPTO.....	7
INCIDENCIA.....	7
HISTORIA.....	8
CLASIFICACIÓN.....	11
DISMENORREA PRIMARIA.....	11
DISMENORREA SECUNDARIA.....	21
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
6. RESULTADOS.....	31
7. DISCUSIÓN.....	46
8. CONCLUSIONES.....	48
9. RECOMENDACIONES.....	49

10. BIBLIOGRAFÍA.....	50
11. ANEXOS	53
ANEXO 1.....	53
ANEXO 2.....	54
ANEXO 3.....	59
ANEXO 4.....	60
ANEXO 5.....	61
ANEXO 6.....	63
ANEXO 7.....	66
ÍNDICE	68