



NOMBRE DEL ALUMNO(A): ADILENY LOPEZ ROBLERO

**CATEDRATICO(A): MARIA DEL CARMEN
LOPEZ SILBA**

MATERIA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRABAJO: CUADRO SINOPTICO

CUATRIMESTRE: 5TO CUATRIMESTRE

GRUPO: "B"

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 19/02/2021

Ginecología general

Métodos de exploración ginecológica.

Historia Menstrual: a. Edad de la menarquía, pubarquia, telarquia b. Fecha del último período menstrual (primer día del último ciclo) c. Fecha penúltima de regla d. Menstruación regular o irregular, presencia de dismenorrea. e. Edad de la menopausia f. Climaterio. g. Sangrados anormales. h. Síndrome premenstrual i. Terapia de reemplazo hormona

Historia Obstétrica: • Gravidéz, número de embarazos incluyendo el actual; términos a reconocer: nuligestas, primigrávida, multigrávida, múltipara, nulípara • Paridad: compuesta por cuatro dígitos que corresponden a: • Embarazos a término, prematuros, abortos (embarazo ectópico, enfermedades gestacional del trofoblasto), hijos vivos. PPAV • Infertilidad, si o no y su clasificación. • Historia de cada uno de los embarazos, resultados, complicaciones etc.

Costumbres de limpieza: Uso de spray, talco, perfume, jabón antiséptico, desodorante, óvulos, duchas vaginales y otros tipos.

Historia Sexual: a. Inicio de relaciones sexuales. b. Número de parejas sexuales. c. Problemas: dispareunia, sangrado post coito, alteraciones de libido. d. Preferencias sexuales. e. Infecciones de transmisión sexual (ITS) f. Métodos de planificación familiar.

PREPARACION PSICOLOGICA PARA EL EXAMEN GINECOLOGICO.

1. Que es un examen del área más íntima de su cuerpo y su realización es necesaria.

2. Puede haber un poco de incomodidad, a veces molestia

3. Si ya le han practicado anteriormente este examen, indagar sobre cómo lo sintió y que experiencia tuvo.

4. Aclarar y contestar dudas de la paciente.

CONDICIONES GENERALES PARA EL EXAMEN GINECOLOGICO.

1. Realizar el examen en privacidad.

2. Antes de realizar la exploración solicítele que evacúe su vejiga.

3. Coloque a la paciente en posición ginecológica (decúbito dorsal con las piernas flexionadas y abiertas pies colocarlos en los estribos)

4. Cúbrela de manera apropiada, respetando su pudor, facilitando el examen físico.

5. La paciente debe tener sus brazos a los lados cruzados sobre el tórax, no sobre la cabeza ya que esta última posición tiende a estirar los músculos abdominales.

Laboratorio y gabinete.

Los exámenes prenatales son estudios que se hacen durante el embarazo para controlar la salud de la madre y del bebé. Permiten detectar afecciones que pueden poner al bebé en riesgo de problemas como un parto prematuro si no reciben tratamiento.

Algunos exámenes prenatales son exámenes de cribado que solo pueden revelar la posibilidad de un problema. Otros exámenes prenatales son exámenes de diagnóstico que permiten detectar con precisión si un feto tiene un problema específico. A veces, después de un examen de cribado se hace un examen de diagnóstico.

Uno de los objetivos de su primera visita al consultorio del obstetra es confirmar el embarazo y ver si usted o su bebé podrían estar en riesgo de tener algún problema de salud. El médico le hará un examen físico completo, que puede incluir el control del peso, de la presión sanguínea y en examen pélvico y de los pechos. Si es el momento de hacerse un papanicolaou de rutina, el médico se lo hará durante el examen pélvico.

Para confirmar el embarazo, es posible que deba hacerse un análisis de orina, que comprueba la presencia de la gonadotropina coriónica humana (HCG), que es una hormona indicadora de embarazo. Además, la orina se analiza para detectar proteínas, azúcar y signos de infección.

Cribado del primer trimestre:

Este examen incluye un análisis de sangre y una ecografía. Ayuda a determinar si el feto tiene riesgos de presentar una anomalía cromosómica (como Síndrome de Down) o deformaciones congénitas (como un problema del corazón).

Ecografía

Este estudio seguro e indoloro utiliza ondas sonoras para tomar imágenes que muestran la forma y la posición del bebé.

Se puede hacer al principio del primer trimestre para calcular el tiempo de embarazo o durante las semanas 11 a 14 como parte del cribado del primer trimestre. A las mujeres con embarazos de alto riesgo tal vez se les hagan varias ecografías durante el primer trimestre

Muestreo del vello coriónico

Este examen controla las células de la placenta para ver si tienen una anomalía cromosómica (como Síndrome de Down). Se puede hacer entre las semanas 10 y 13 y permite determinar con certeza si un bebé nacerá con un trastorno cromosómico específico.

Examen de ADN libre

En este análisis de sangre se examina el ADN fetal presente en la sangre de la madre. Se hace para ver si el feto está en riesgo de tener un trastorno cromosómico y se puede hacer a partir de la semana 10 del embarazo.

No es un examen de diagnóstico. Si los resultados son anormales, se debe confirmar o descartar el diagnóstico con otro examen. Se suele ofrecer a mujeres embarazadas que tienen un mayor riesgo por la edad o que han tenido un bebé con una anomalía cromosómica

Los profesionales del cuidado de la salud podrían ordenar otros exámenes durante el embarazo de una mujer según sus antecedentes médicos personales (y los de su pareja) y los factores de riesgo. Es importante hablar con un especialista en genética si el bebé tiene riesgo de padecer afecciones hereditarias.

Trastornos menstruales

Tipos de Trastornos Menstruales

Alteraciones de los días del ciclo: afectación de los días de ciclo sin y con menstruación.

Cambios en las características de las reglas: calidad de las mismas y de los ciclos menstruales.

Siguiendo esta clasificación podemos encontrarlos:

Ciclos menstruales de más o menos días. Por ejemplo, ciclos de 20 días o de 40 días. El primer día del ciclo se considera el primer día de la regla: sangrado habitual en una regla normal. Los ciclos normales duran, aproximadamente, unos 28 días aproximadamente con variaciones de algunos días antes o después.

Menstruaciones que duran menos o más cantidad de lo habitual: en ocasiones hay reglas que sólo duran un día u otras que duran más de 7 días. Ambas situaciones suelen incomodar a la mujer y suelen ser motivo de consulta.

Reglas que desaparecen: amenorrea primaria o secundaria.

Reglas que persisten todo el mes. En estos casos siempre se debe descartar patología asociada.
Sangrados muy poco abundantes.
Los sangrados muy abundantes.

Dismenorrea: reglas con dolor acompañante que condiciona la calidad de vida de las mujeres.

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos menstruales lo realiza la misma mujer según las características de sus reglas y la información de la que dispone.

La ginecología es la especialidad que abarca el estudio de todas las formas de alteraciones de flujo o menstruales.

El conocer la causa del trastorno menstrual siempre ayudara a enfocar bien el tratamiento o los medicamentos a tomar. Se orientará mejor el cuidado de su salud.

Disponer de una buena información para adaptar el estilo de vida al de una persona lo más saludable posible. Seguir una vida sana basada en un buen descanso, una buena dieta y la práctica de actividad física o ejercicio mejoran la salud.

Para cada uno de los trastornos de la regla la prevención puede ser más específica, como es en el caso de los dolores de regla, donde se recomienda iniciar el tratamiento del dolor antes de que este sea más intenso y ya no pueda combatirse con analgésicos.

**Amenorrea primaria.
Ciclo menstrual normal**

Dismenorrea

Proviene del griego que significa flujo menstrual difícil, corresponde al dolor abdominal o pélvico que se presenta durante la menstruación.

Es una causa frecuente de consulta en el grupo de adolescentes, con un porcentaje de ausentismo escolar entre 14 y 52% según las distintas series.

En el Programa de Ginecología de la Adolescencia CLC las consultas por este motivo corresponden al 18.3%. Se divide en primaria y secundaria. Debemos considerar que en el grupo de adolescentes es más frecuente la primaria, correspondiendo a un 90% del total.

Dismenorrea
primaria

Se caracteriza por presentarse generalmente 6 y 12 meses después de la menarquia, el dolor suele presentarse 48 y 72 horas previas a la menstruación, persistiendo por 1 a 3 días. Puede acompañarse de náuseas, vómitos, diarrea, lumbalgia, cefalea, fatiga, mareos y rara vez síncope.

El origen del dolor está en la producción elevada de prostaglandinas, lo que determina contracciones miométricas y vasoconstricción, esto produce isquemia en el tejido, apareciendo el dolor.

Esto ha sido corroborado por estudios que describen niveles dos a cuatro veces mayores de PGF2-I en flujo menstrual y en biopsias endometriales de pacientes dismenorreicas.

Dismenorrea
secundaria

En estos casos encontramos patología orgánica que explica el dolor. Se presenta con una frecuencia de un 10% en el grupo de adolescentes, dentro de las patologías encontramos pólipos, miomas, malformaciones uterinas, siendo la patología más frecuente en este grupo etario la endometriosis.

Se deben preguntar antecedentes de edad de menarquia, patrón menstrual, antecedentes de alteraciones menstruales familiares, dirigidamente debe consultarse por antecedente de endometriosis en la familia, ya que en pacientes con antecedentes familiares positivos, el riesgo de padecerla aumenta; característica de la aparición del dolor, presencia de otros síntomas asociados, uso de antiinflamatorios y respuesta a ellos, actividad sexual, antecedentes uso anticonceptivos, uso preservativos, antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

Debido al riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en el grupo de adolescentes activas sexualmente, es que se sugiere realizar examen vaginal en estas pacientes, tomando exámenes dirigidos para gonorrea y chlamydia. Además sugerimos siempre descartar embarazo, ya que el dolor puede ser la primera manifestación de una complicación de un embarazo.

El examen se debe complementar con una ecografía pelviana. Si el resultado de la exploración física es normal, el tratamiento se orientará al alivio de la sintomatología.

Amenorrea secundaria,
dismenorrea y tensión
premenstrual.

Las alteraciones en la ciclicidad menstrual son un motivo frecuente de consulta durante la adolescencia, en el Programa de Ginecología de la Adolescencia en Clínica Las Condes corresponden al 30% de los motivos de consulta.

Es importante que el médico tenga conceptos claros sobre que se considera normal a esta edad, para poder asesorar a la paciente y sus padres para referir al especialista en forma oportuna. Es importante que el médico tenga conceptos claros sobre que se considera normal a esta edad, para poder asesorar a la paciente y sus padres para referir al especialista en forma oportuna.

Se debe tener en consideración que las alteraciones menstruales pueden ser la manifestación de una enfermedad crónica o aguda importante. Incluso la ciclicidad menstrual se ha considerado como un signo vital más durante la adolescencia.

Miomatosis uterina.
Endometriosis.

Los miomas, o leiomiomas, son tumores benignos que se forman a consecuencia de una proliferación alterada de las fibras musculares del miometrio (capa muscular del útero) dependiente de las hormonas femeninas, y constituyen la neoplasia benigna más frecuente del aparato genital femenino. Afectan al útero en su forma, volumen y función.

Los miomas pueden ser asintomáticos, por lo que no se tiene certeza de su incidencia real, pero se estima que los presenta una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva, llegando a afectar al 20-40% de las mujeres mayores de 30 años.

La Miomatosis uterina suele diagnosticarse en la tercera y cuarta década de la vida. Los miomas son muy raros antes de la pubertad, y después de la menopausia no suelen aparecer nuevos miomas y, los que tenga la paciente en ese momento, probablemente disminuirán de tamaño, aunque no desaparecen.

Hemorragias

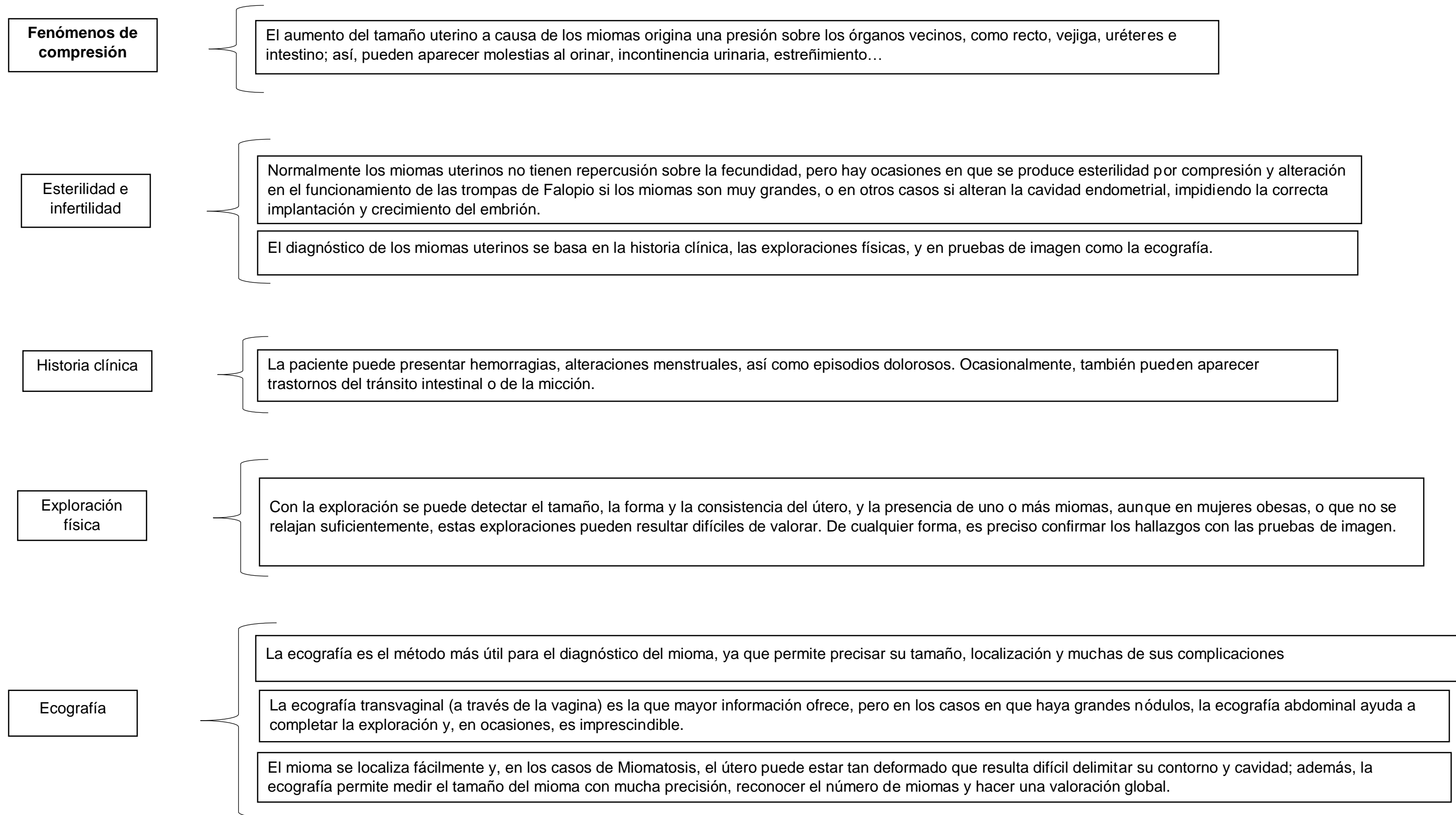
Es el síntoma más frecuente de un mioma uterino y se caracteriza por unas menstruaciones más abundantes y prolongadas, con presencia de coágulos en muchas ocasiones; sin embargo, las pérdidas entre una menstruación y otra no son habituales, salvo en los miomas submucosos, o en el caso de que existan otras alteraciones en el endometrio asociadas.

Las hemorragias pueden provocar anemia de mayor o menor importancia, dependiendo de la cantidad de sangrado.

Dolor

Se produce en el 30% de los casos. Puede ser agudo, más o menos intenso y persistente, aunque también puede presentarse en forma crónica con una sensación de pesadez, sobre todo cuando la mujer está mucho tiempo de pie. Son una causa de dismenorrea secundaria.

En algunos casos puede producirse una torsión de un pedículo de un mioma originando cuadros muy agudos de dolor y fiebre, como un abdomen agudo.



Tomografía
computarizada
pélvica y abdominal

Lo mejor es la claridad con que se determinan las relaciones anatómicas con los órganos adyacentes, y su posible repercusión negativa sobre esos órganos.

Resonancia
magnética nuclear

Es la técnica de imagen más precisa para la detección y localización de los miomas uterinos y permite visualizar tumores muy pequeños. Suele ser necesaria a la hora de planificar la intervención quirúrgica.

Sin embargo, la ecografía sigue siendo el método de elección para los miomas uterinos, debido al elevado coste de la resonancia magnética, y además no todos los centros disponen de este método.

Tratamiento médico de
los miomas uterinos

Se emplean tratamientos hormonales para reducir el tamaño de los miomas y disminuir temporalmente los síntomas. Como los estrógenos influyen en el incremento del tamaño de los miomas, se induce mediante fármacos (agonistas de la GnRH) un estado hipoestrógeno similar al de la menopausia.

El tratamiento con agonistas de la GnRH dura entre tres y seis meses y consigue reducir el volumen de los miomas entre un 30 y un 60%, y alrededor de un 50% el volumen uterino. Sin embargo, a los tres o cuatro meses los miomas recuperan su tamaño inicial, por lo que el tratamiento está indicado antes de la cirugía, para facilitar la misma gracias a la disminución del tamaño de los miomas, y en mujeres perimenopáusicas, a las que se alivian los síntomas en espera de la menopausia.

Tratamiento quirúrgico
de los miomas

En la actualidad, los progresos de la cirugía endoscópica han modificado espectacularmente las técnicas quirúrgicas en los tratamientos de estos tumores, mejorando los resultados y disminuyendo el periodo de recuperación. Puede realizarse la extirpación solo del mioma o miomas, o del útero, según los casos.

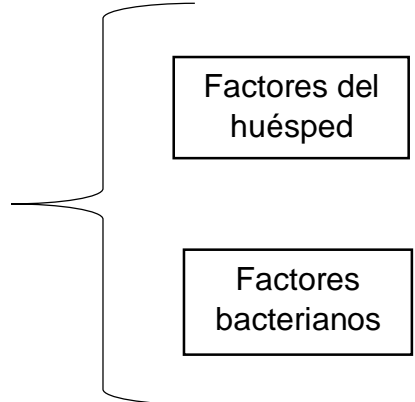
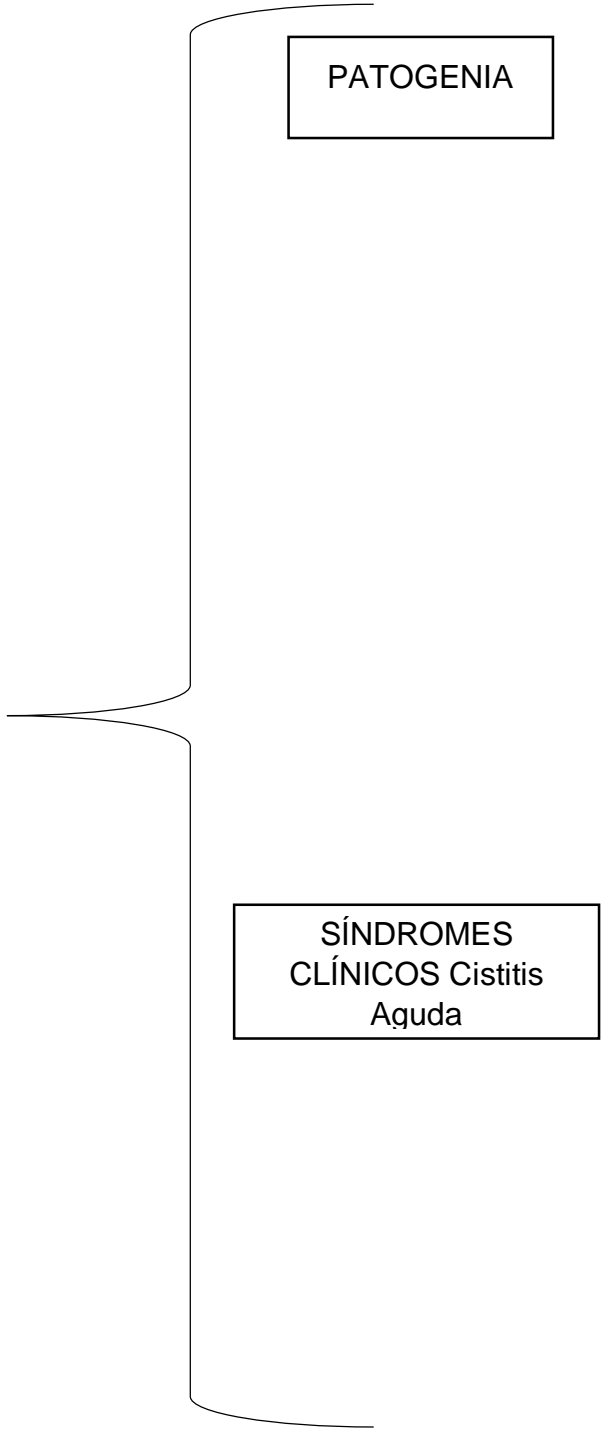
Resección
histeroscópica

Es el procedimiento de elección, sobre todo en mujeres jóvenes, y en aquellas que quieran conservar la función reproductora; además, el postoperatorio es rápido, y la estancia hospitalaria suele ser inferior a 24 horas si no hay ninguna complicación (como hemorragias o perforaciones).

Operaciones
laparoscópicas

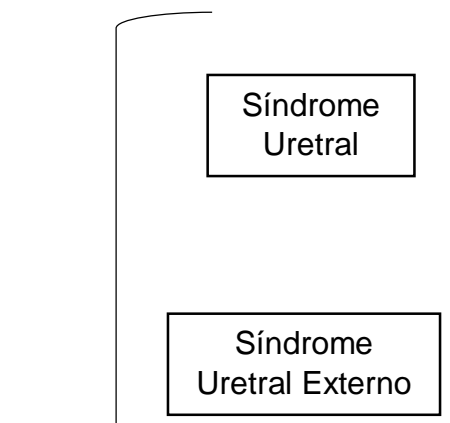
La vía laparoscópica permite realizar extracciones de los miomas y coagulación de los mismos en casos similares a los descritos en la resección mediante histeroscopia, y también permite realizar histerectomías (extracción del útero), e histerectomías vaginales, en aquellos casos en los que la paciente tenga el deseo reproductivo cumplido.

Infecciones e infestaciones cérvico-vaginales.



Alteraciones del flujo urinario, alteraciones químicas u hormonales del epitelio uretral o genital, hábitos higiénicos, cateterismos y manipulación urinaria, embarazo y diabetes. También existe una predisposición genética, como sucede en los pacientes que expresan en menor medida los antígenos del grupo ABO en la superficie de las células epiteliales que pueden tener ITU con mayor frecuencia.

La capacidad de adhesión de las bacterias al epitelio mediante los Pili o Fimbriae: a mayor virulencia (adherencia) la invasión se produce con inóculos menores.



El SU se define como la presencia en una mujer de síntomas de ITU (disuria y frecuencia) con piuria, pero con urocultivo negativo o bacteriuria no significativa.

Más raramente se trata de cistitis por bacterias que no crecen en los medios habituales como ciertos Hemophilus o Corinebacterias tipo D2.

Se define como la disuria que aparece en el seno de una vulvo-vaginitis (leucorrea dispareunia, prurito vaginal y escozor en los labios), no suelen tener piuria. Los agentes causales más frecuentes son: Candidas, Tricomonas y Herpes Simple.

Cuando en una mujer con cistitis se cumplan los criterios de ITU no complicada. No es necesario realizar urocultivo. Es suficiente la detección de piuria con tiras reactivas para iniciar un tratamiento empírico de dosis única o de duración corta (3 días).

Las recurrencias son comunes en la mujer con ITU no complicada, siendo las reinfecciones más frecuentes que las recidivas. El manejo de ambas es diferente.

Tumores de ovario:
generalidades,
clasificación, tratamiento.

Entre las dolencias ginecológicas, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna.

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica.

La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada

PATOGENIA

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución.

Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución. Aproximadamente de 75 a 85 % de los tumores son en principio benignos.

CUADRO CLÍNICO

Entre los datos clínicos de sospecha figuran: crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, sobre todo cuando se complican por torsión, rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, hirsutismo, tirotoxicosis, síndrome de Cushing, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia.

Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes, al igual que la metrorragia.

Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz.

Cáncer de endometrio
trastornos de la estática
pelvi- genital e incontinencia
urinaria de esfuerzo.

El cáncer de endometrio es la neoplasia maligna ginecológica más común en los Estados Unidos: representa 6 % de todos los cánceres en mujeres. La mayoría de los casos se diagnostican en estadio temprano y son susceptibles de tratamiento con cirugía sola.

Sin embargo, las pacientes con características patológicas que predicen una tasa alta de recaída y las pacientes con metástasis extrauterinas en el momento del diagnóstico tienen una tasa alta de recaída incluso tras recibir terapia adyuvante.

Características
anatómicas

El endometrio es el revestimiento más interno del útero y tiene capas funcionales y basales. La capa funcional es sensible a las hormonas y se desprende de modo cíclico durante la menstruación de las mujeres en edad reproductiva.

Los factores que conducen a un exceso de estrógeno, como la obesidad y la anovulación, aumentan los depósitos del revestimiento endometrial. Estos cambios pueden causar hiperplasia en el endometrio y, en algunos casos, cáncer de endometrio.

Como resultado, el sangrado menstrual abundante o el sangrado posmenopáusico son, con frecuencia, los signos iniciales del cáncer de endometrio. Como este síntoma tiende a presentarse temprano en el curso de la enfermedad, permite identificar la enfermedad en un estadio temprano en la mayoría de las mujeres.

Climaterio y
menopausia: esterilidad
e infertilidad conyuga

A lo largo de la vida sexual de la mujer se pueden señalar etapas que para algunas se convierten en eventos vitales de importancia: la menarquia, la primera relación sexual, el embarazo, el parto y el climaterio.

Aunque se usan de manera indistintas las palabras menopausia y climaterio, no significan lo mismo. La primera se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un periodo aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Antes de los 40 años, su aparición se denomina menopausia precoz.

Climaterio se conoce como el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. Según criterios actuales de la OMS y de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología, publicados en el Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia, esto ocurre entre los 45 y 59 años de edad. Se inicia unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende unos años después (posmenopausia).

El climaterio es una etapa en la que la mujer puede vivir con menos tensión, pues ya no tendrá el riesgo o temor del embarazo, no requerirá métodos anticonceptivos, puede despreocuparse ya de la planificación familiar, cesan las molestias menstruales, ha disminuido la atención a los hijos, que se valen por sí solos, puede compartir con los nietos y mostrarse como una adulta mayor, dispuesta a disfrutar de su vida familiar, laboral y social a plenitud.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

El climaterio es un acontecimiento fisiológico de la vida de la mujer, que se manifiesta de una forma evidente en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, pero ese cambio incluye numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas

Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer, y las necesidades terapéuticas y preventivas son cambiantes en función del tiempo transcurrido, sensación de bienestar o malestar y medio ambiente. La preservación de la salud femenina es un objetivo fundamental de la medicina.

Cada mujer merece un análisis pormenorizado de la totalidad de la historia clínica y estado de salud, considerando la probabilidad de que el proceso de envejecimiento requiere un tratamiento individualizado al margen del hecho fisiológico menopausia/climaterio.

Normalmente se utiliza este término como calificativo para las mujeres, pero es incorrecto, ya que la menopausia es solo un instante, en el cual ocurre la última menstruación. El climaterio es una etapa de la vida, que dura 30 años, y la menopausia es un momento que sucede normalmente a la mitad de la vida.

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer, parte del proceso natural de envejecimiento, caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, dando lugar a cambios que afectan el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo.

Signos y síntomas del climaterio

En medicina son importantes los signos y los síntomas para llegar a un diagnóstico de lo que sucede en el organismo, y desarrollar un plan o ruta crítica de estudios para confirmarlo, que permita la certeza del tratamiento adecuado

Dependerán entonces de la etapa del climaterio en que se encuentre la mujer, los signos y síntomas que manifieste. Una vez que los síntomas se presentan, lo que habitualmente sucede en la segunda década del climaterio, llamado climaterio perimenopáusico, se inicia la etapa temprana de la sintomatología climatérica.

Conviene saber que aunque no todas las mujeres los padecen, estos trastornos que la mayoría sufre, no tienen nada de imaginarios como popularmente se ha dicho, y que se conoce mucho de lo que hay detrás de estos, especialmente los niveles cada vez menores de estrógeno que alteran el balance de los neurotransmisores

Si bien es cierto que ninguna mujer se muere de bochornos, estos alteran significativamente la calidad de vida de quien los padece, y si tiene vida de pareja, también su compañero y hasta su familia, se ven afectados, ya que pueden alterar la calidad del sueño al presentarse a cualquier hora del día o de la noche, ocasionando incomodidad y despertar frecuentes.

Es común que el bochorno tenga una duración entre 30 segundos a 5 minutos, comience con una sensación de calor, acompañada de aumento de la temperatura, especialmente en la parte superior del tronco, la cara y el cuero cabelludo, seguida de enrojecimiento de estas partes y a continuación inicio de sudoración, para finalmente terminar con escalofrío

El signo que a la vez es síntoma, que puede aparecer a continuación es la irregularidad, solamente una de cada 10 mujeres deja de menstruar súbitamente, es decir, viene menstruando cada mes hasta que de pronto deja de aparecer la menstruación. El 90 % restante atraviesa un periodo de irregularidad que generalmente dura 4 años, hasta que se han acumulado 12 meses sin menstruación, en cuyo caso se puede decir que ha pasado la menopausia.