

Nombre de alumnos:

Jaime Enrique Prats Gómez
jimmyprats25@gmail.com

Nombre del profesor:

LEN Beatriz Gordillo López

Nombre del trabajo:

Trastornos Menstruales (Súper nota)

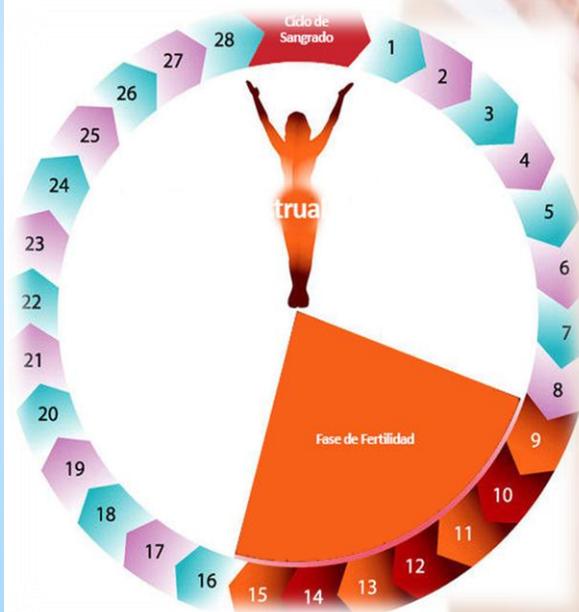
Materia:

Ginecología y Obstetricia

Grado:

5° Cuatrimestre / Lic. Enfermería

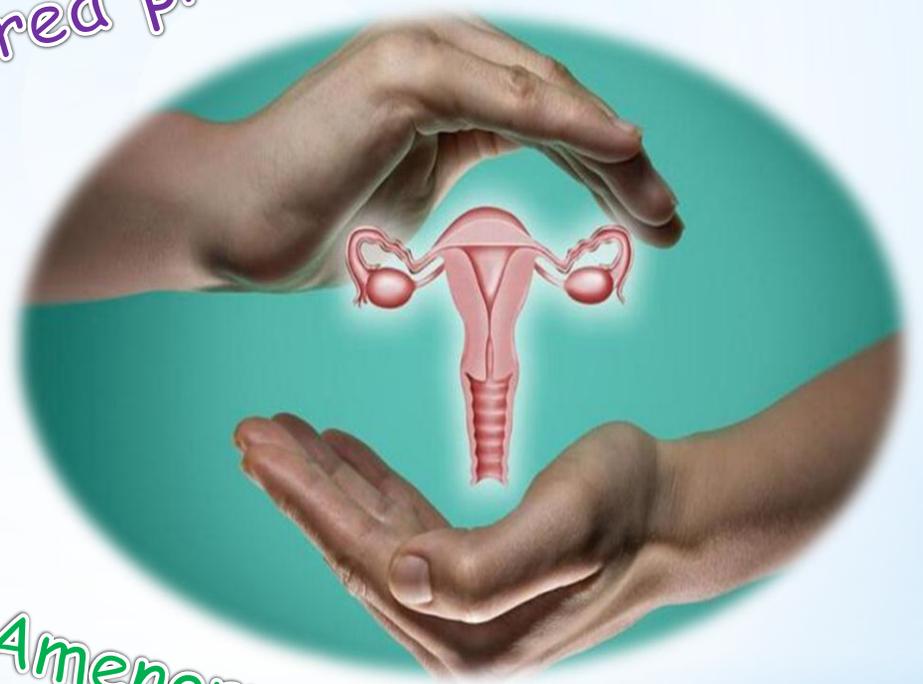
Grupo: «U»



Súper nota

❖ Trastornos menstruales

➤ Amenorrea primaria



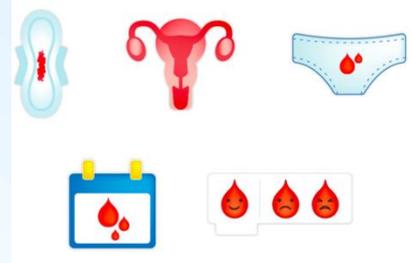
📦 Amenorrea secundaria,
dismenorrea
y tensión premenstrual

🌐 Miomatosis uterina,
Endometriosis

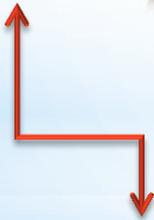


T trastorno menstrual

Se denomina menstruación o periodo al sangrado mensual de la mujer.



Los trastornos menstruales son las alteraciones que ocurren en el cuerpo de la mujer y que están vinculados a la menstruación, los más frecuentes son el **síndrome premenstrual (SPM)** y el **dolor que aparece durante la menstruación (dismenorrea)**.



Durante la menstruación, el cuerpo femenino se libera de las células de recubrimiento del útero. La **sangre menstrual** fluye de éste a través de una abertura en el cuello uterino y abandona el cuerpo a través de la vagina.



Lo normal "es que las menstruaciones se produzcan cada 28-30 días y que duren entre 3 y 4 días, pero esto no siempre ocurre así y es lo que se denominan trastornos menstruales



Las causas de los períodos irregulares (generalmente leves),

- ❖ Perimenopausia (generalmente, a fines de los 40 y principios de los 50),
 - ❖ Insuficiencia ovárica primaria,
 - ❖ **Trastornos alimenticios** (anorexia nerviosa o bulimia),
 - ❖ Ejercicio excesivo,
 - ❖ Disfunción de la tiroides (demasiada o muy poca hormona tiroidea),
 - ❖ Niveles elevados de la hormona prolactina, la cual es producida por la glándula hipófisis para ayudar a que el cuerpo produzca leche, diabetes no controlada,
 - ❖ Síndrome de Cushing (aumento de los niveles de la hormona cortisol, usada en la respuesta del cuerpo al estrés),
 - ❖ Hiperplasia suprarrenal congénita de aparición tardía (problema con la glándula suprarrenal),
 - ❖ Anticonceptivos hormonales (píldoras, inyecciones o implantes anticonceptivos),
 - ❖ Dispositivos intrauterinos (DIU) que contienen hormonas,
 - ❖ Fibrosis dentro de la cavidad uterina (síndrome de Asherman),
 - ❖ Medicamentos, como los utilizados para tratar la epilepsia o los problemas de salud mental,
 - ❖ Las causas frecuentes del sangrado menstrual abundante o prolongado incluyen Adolescencia (durante la cual los ciclos pueden no estar asociados con ovulación),
 - ❖ **Síndrome de ovarios poliquísticos** (sangrado irregular pero abundante),
 - ❖ **Miomas uterinos** (crecimientos benignos del músculo uterino),
 - ❖ Pólipos endometriales (crecimiento excesivo benigno del recubrimiento del útero),
 - ❖ Adenomiosis (la presencia de recubrimiento uterino en la pared del útero),
 - ❖ DIU no hormonal,
 - ❖ Trastornos sanguíneos, como leucemia, trastornos plaquetarios, deficiencias de factores de coagulación o (menos frecuente) enfermedad de von Willebrand.
 - ❖ Complicaciones del embarazo (aborto espontáneo)
- Las causas frecuentes de la dismenorrea (dolor menstrual) incluyen:
Endometriosis (crecimiento del recubrimiento uterino fuera del útero).



Síntomas

Cuando las mujeres empiezan a familiarizarse con el periodo aprenden a distinguir, aunque sea vagamente, los signos de cada fase del ciclo menstrual, dependiendo de la etapa los síntomas pueden variar:

En la fase de **preovulación** (días posteriores a la regla) se tiene la sensación de plenitud, de energías renovadas y fuerza, es el conocido como síndrome premenstrual.



Durante la fase de **ovulación** (unas dos semanas después de la regla) es frecuente experimentar un dolor punzante en un lado de la parte baja del vientre y un aumento de la secreción vaginal o flujo.

La fase de **postovulación** (unos días antes de la regla) es la etapa más prolífica en cambios físicos y también psíquicos, hasta el punto que algunas mujeres pueden sufrir el denominado **síndrome premenstrual**, una serie de molestias que varían dependiendo de la mujer y que suelen aparecer al empezar la menstruación.



En la **menstruación** o sangrado, la hemorragia es la característica principal, que puede durar entre tres y siete días. La cantidad de flujo perdido varía dependiendo de cada mujer, aunque la media de sangrado perdido equivaldría al volumen de una taza de té. El 90% se expulsa durante los primeros tres días de regla. Otros síntomas propios de esta fase que pueden aparecer son: dolores en el bajo vientre (parecidos a los retortijones), dolor de espalda y piernas, mareos, náuseas y vómitos y **diarrea**

Prevención

Dado que las causas son muy diferentes y en algunos casos desconocidas, no existe ningún método que ayude a prevenir estos trastornos con seguridad.

Sin embargo, seguir estas pautas puede ayudar a reducir los síntomas:



Alimentación: Llevar una dieta sana, rica en verduras y frutas, como la mediterránea, reducir el consumo de sal para evitar la hinchazón y comer un poco más de azúcar de lo habitual, pues puede ayudar a regular el nivel de glucosa si sientes falta de energía.



Ejercicio: Practicar de forma regular deporte puede ayudar a las mujeres.



Relajación: Evitar en lo que puedas situaciones estresantes. Aprender métodos de relajación. También ayuda leer un buen libro o dar un paseo.



Tipos de menstruación

Menstruaciones dolorosas o dismenorrea

Un tercio de las mujeres sufre dismenorrea o reglas muy dolorosas. El **dolor es parecido al de un retortijón**, pero más intenso y puede llegar a acompañarse de náuseas, vómitos o mareos. Es el médico quien determina el tratamiento más adecuado para cada caso.

Algunos estudios indican que la dismenorrea puede estar relacionada con un exceso de producción de prostaglandinas. En determinados casos, las mujeres encuentran cierto alivio dándose un baño caliente o con un masaje relajante en el abdomen en cuanto aparecen las primeras señales de dolor.



Menstruaciones irregulares

No son muchas las mujeres que tienen un periodo "de libro", es decir, de 28 días. De hecho, muchas tienen ciclos menstruales de más o menos días, por lo que se considera normal la oscilación entre los 21 y los 35. **Cuando el ciclo supera las seis semanas de duración ya se considera irregular**, aunque no es preocupante en los primeros años de la menstruación, porque pasa algún tiempo hasta que los ciclos se regulan.



Tipos

Reglas muy abundantes

Algunas mujeres sufren periodos o reglas muy abundantes. Un sangrado excesivo no tiene que significar que algo vaya mal, a veces se produce cuando **se ha dejado de tomar la píldora anticonceptiva o tras un parto** o en mujeres próximas a la menopausia. Si la regla abundante aparece de forma repentina y sin razones obvias, es motivo de consulta al médico. Además, si junto con la menstruación excesiva la mujer se siente especialmente cansada, puede que esté sufriendo **anemia**.



Sangrado uterino anómalo

Existen otros trastornos como el denominado "**sangrado uterino anómalo**" y que engloba las alteraciones de la cantidad de sangrado (por exceso o por defecto), la duración del mismo, la alteración en la duración del ciclo menstrual y el sangrado intermenstrual».



A woman with dark hair, wearing a white top, is holding a blister pack of yellow pills. The blister pack is tilted and contains several rows of small, round, yellow pills. The background is a soft, out-of-focus light blue.

Tratamientos;

El tratamiento variará en función del tipo de trastorno:

Amenorrea: Se suelen recetar hormonas para inducir la menstruación.

Ciclo menstrual prolongado o acortado: Pueden tomarse preparados hormonales para regularlo, aunque en muchas ocasiones no se precisa de un tratamiento y se normaliza en la siguiente menstruación.

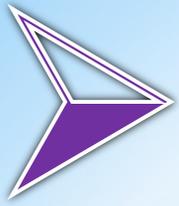
Regla intensa y prolongada: Se usan preparados hormonales o se trata de identificar la causa.

Hipomenorrea o regla débil: No precisa de tratamiento.

Regla irregular o metrorragia: Se suelen recetar preparados hormonales u otros métodos dependiendo de la causa.

Menstruación dolorosa o calambres (dismenorrea): Se pueden recomendar medicamentos antiespasmódicos y analgésicos, así como realizar ejercicios terapéuticos y, en algunos casos, se recomiendan ejercicios de relajación.

Los trastornos menstruales son más frecuentes en los dos extremos de la vida fértil, es decir, antes de los 20 años y después de los 40. Muchas de las mujeres con problemas de amenorrea o de endometriosis sufren problemas de fertilidad.



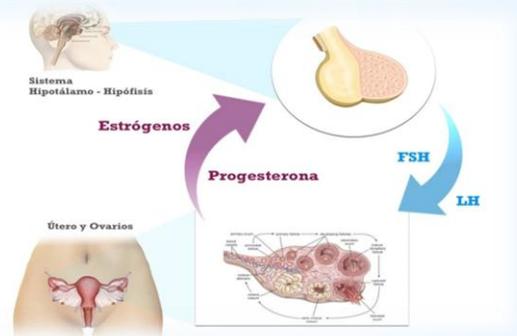
Amenorrea Primaria

La ausencia de menarquia a los 16 años; a los 14 años, si hay ausencia de pubarquia; o a los 13 años, si hay ausencia de telarquia; también recibe este nombre cuando transcurren más de 5 años entre la telarquia y la menarquia.¹ Un criterio de inclusión para identificar estas pacientes es que los genitales externos sean fenotípicamente femeninos; de lo contrario, se estudia como una ambigüedad sexual.

En algunos períodos de la mujer son fisiológicas, como en la infancia, el embarazo, el puerperio, la lactancia y la menopausia.

La amenorrea primaria puede ser causada por una variedad de desórdenes que incluyen anomalías genéticas, alteraciones müllerianas, lesiones hipotálamo-hipofisarias y disfunción hormonal.

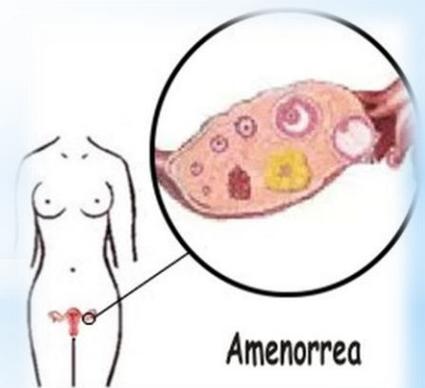
El diagnóstico certero de esta patología favorece un enfoque terapéutico adecuado, con el fin de atenuar o eliminar las consecuencias de esta perturbación,



Clasificación;

Existe una clasificación de la amenorrea primaria de acuerdo con la causa:

-  **Congénitas:** son la causa más frecuente, se deben a alteraciones cromosómicas o genéticas, produciendo alteraciones enzimáticas o de receptores.
-  **Adquiridas:** pueden ser funcionales u orgánicas.
-  **Anatómicas:** cuando la causa está localizada en el órgano efector (útero y endometrio) o en las vías de drenaje (vulva y vagina). Puede ser congénita o adquirida.
-  **Endocrinas:** se deben a una alteración funcional u orgánica en el eje del hipotálamo, hipofisis y ovario.



Causas;

Categoría 1

Ausencia de mamas y presencia de útero

Es un grupo complejo para su análisis por presentar múltiples entidades que pueden llevar a amenorrea primaria. Es el segundo en frecuencia. Se puede clasificar en 3 subgrupos:

❖ **Falla hipotalámica:** causada por la secreción inadecuada de la hormona liberadora de gonadotropina (GHZ). Hay un hipogonadismo hipogonadotrópico hipotalámico con bajos niveles de gonadotropinas, pero cuando se estimula con GHZ éstas suben, demostrando que la hipófisis es normal.

Principales causas;

- a. Secreción insuficiente de neurotransmisores ,
- b. Síntesis inadecuada de GHZ idiopática asociada a talasemia mayor,
- c. Defectos anatómicos congénitos,
- d. Ausencia del piso de la silla turca con encefalocele,
- e. Neoplasias como el craneofaringioma,
- f. Síndrome de Kallmann,
- g. Síndrome de Prader-Labhart-Willi,
- h. Síndrome Laurence-Moon-Biedl,
- i. Síndrome de Frolich.



❖ **Falla hipofisiaria:** estas pacientes no tienen una adecuada respuesta de secreción de LH y FSH al realizar estimulación con GnRH. En este grupo se identifican:

- a. Insuficiencia aislada de gonadotropinas ,
- b. Encefalitis.,
- c. Hipotiroidismo prepuberal.

❖ **Falla gonadal:** las pacientes de este grupo tienen hipogonadismo hipergonadotrópico. A este grupo pertenecen:

- a. Síndrome de Turner: ,
- b. Síndrome de Bonnevie-Ullrich,
- c. Síndrome de Noonan,
- d. Síndrome de Vancouver Devriendt,
- e. Anomalías estructurales del cromosoma X,
- f. Mosaicismo,
- g. Disgenesia gonadal pura,
- h. Deficiencia de 17-hidroxilasa con cariotipo 46, XX.



CATEGORÍA II

❖ Mamas presentes y útero ausente

A este grupo pertenecen:

La insensibilidad androgénica (feminización testicular completa),
Ausencia congénita de útero, los ovarios están presentes, la vagina está ausente
(síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser).



CATEGORÍA III

❖ Mamas ausentes y útero ausente

Es el grupo menos frecuente, el cariotipo es masculino y los niveles de gonadotropinas son elevados.

Deficiencia de 17,20 desmolasa,
Agonadismo (síndrome del testículo fantasma),
Deficiencia de 17-alfa-hidroxilasa con cariotipo XY,
Síndrome de Frasier



CATEGORÍA IV

❖ Mamas presentes y útero presente

Es el grupo más frecuente y comprende entre el 30 y el 40% de los casos de amenorrea primaria.

El 25% de este grupo presenta galactorrea, prolactina elevada y tomografía anormal de la silla turca compatible con adenoma hipofisario,

El otro 75% tiene prolactina normal e incluye pacientes con síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia suprarrenal, disfunción hipotalámica, falla hipotálamo-hipofisaria y falla ovárica por ooforitis autoinmune, por quimioterapia o radioterapia



Dieta sana
y equilibrada



Moderar el
ejercicio físico



Medicación o
tratamiento médico

➤ El interrogatorio para las pacientes con amenorrea primaria

Las preguntas deben tener una adecuada secuencia para identificar la causa de la amenorrea primaria:

1. El desarrollo de las mamas y caracteres sexuales secundarios que sugieran falla ovárica o hipofisiaria, o anomalías cromosómicas.
2. Historia familiar que sugiera un desorden familiar, haciendo énfasis en trastornos mentales.
3. Estatura en mujeres miembros de la familia, que puedan indicar síndrome de Turner o enfermedad hipotalámica-hipofisiaria.
4. Enfermedades neurológicas en la infancia.
5. Síntomas de virilización: la presencia de virilización sugiere síndrome de ovario poliquístico, tumores de ovario o adrenales que liberan andrógenos, o presencia de material cromosómico.
6. Historia de estrés, cambio de peso, dieta o ejercicio que pueda resultar en amenorrea hipotalámica.
7. Ingesta de medicamentos que puedan causar amenorrea.
8. Presencia de galactorrea por exceso de prolactina.
9. Síntomas de enfermedades hipotálamohipofisarias, incluyendo cefalea, visión borrosa, poliuria y polidipsia.



➤ El examen físico

Se debe hacer énfasis en:

1. Evaluación del desarrollo puberal: caracteres sexuales secundarios.
2. Antropometría: estatura, peso, cintura, cadera, índice de masa corporal, relación de segmentos superior-inferior y relación de talla-envergadura.
3. Coeficiente intelectual.
4. Palpación de la tiroides.
5. Desarrollo mamario.
6. Examen cuidadoso de los genitales, tamaño del clítoris, aspecto de labios mayores y menores, orificio himeneal.
7. Examen de la piel en búsqueda de hirsutismo, acné, estría, hiperpigmentación o vitíligo.



Recomendaciones;

- 1) Debe evitarse el uso de términos como pseudohermafroditismo,
- 2) No realizar tacto rectal para aclarar la presencia de útero en la primera consulta,
- 3) No realizar laparoscopia diagnóstica,
- 4) Cuando se tenga claro el diagnóstico, se realiza laparoscopia terapéutica,
- 5) Para crear una cavidad vaginal en las pacientes que tienen agenesia,
- 6) Hay que dar suplementos hormonales inicialmente,
- 7) A las pacientes que tienen ovarios normales y útero, como el síndrome de Kallman y el déficit aislado de GnRh, y desean quedar embarazadas, se les hace la inducción de la ovulación con la bomba de GnRh,



Amenorrea Secundaria

La amenorrea secundaria ocurre cuando una mujer que ha tenido ciclos menstruales normales deja de tener sus periodos por 6 meses o más.

Causas

La amenorrea secundaria puede ocurrir debido a cambios naturales en el cuerpo. Por ejemplo, la causa más común de amenorrea secundaria es el embarazo. La lactancia y la menopausia también son causas comunes, pero naturales.

Las mujeres que toman pastillas anticonceptivas o que reciben inyecciones de hormonas, como Depo-Provera, pueden no tener ningún sangrado mensual. Cuando dejan de tomar estas hormonas, sus periodos pueden no retornar durante más de 6 meses.



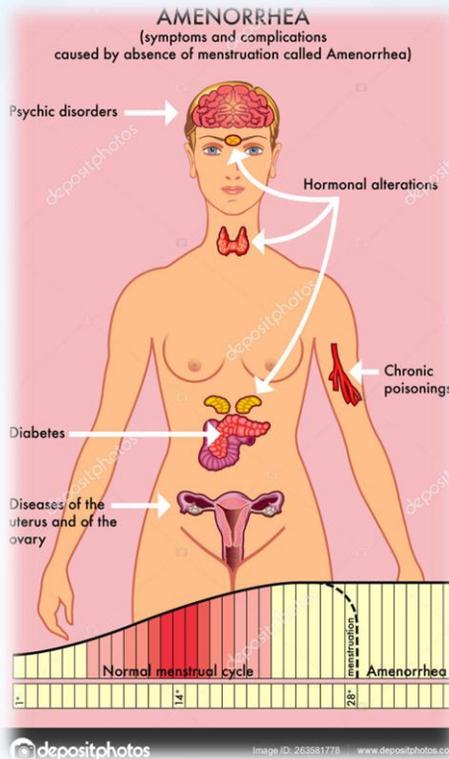
Propensa a sufrir ;

- Es obesa,
- Hace ejercicio de manera excesiva y por largos períodos ,
- Tiene muy poca grasa corporal ,
- Tiene ansiedad o angustia emocional,
- Pierde mucho peso de manera repentina.



Otras causas incluyen:

Tumores cerebrales ,
Fármacos quimioterapéuticos para el cáncer,
Medicamentos para tratar la esquizofrenia o la psicosis,
Glándula tiroides hiperactiva,
Poliquistosis ovárica,
Insuficiencia ovárica.



TRATAMIENTOS QUIRURGICOS;

No es común recurrir al tratamiento quirúrgico para la amenorrea, pero podría recomendarse en el caso de algunas enfermedades. Estas incluyen:

- ❑ Formación de cicatrices en el útero,
- ❑ Tumor hipofisario.



Tratamientos médicos;

- Píldoras anticonceptivas,
- Medicamentos para ayudar a aliviar los síntomas del PCOS,
- Terapia de reemplazo de estrógenos .



Tratamientos;

- ❖ Peso,
- ❖ Estrés,
- ❖ Nivel de actividad física.



Dismenorrea

Se puede definir como el dolor abdominal y/o pélvico intenso que aparece antes de la menstruación o coincidiendo con ésta y dura aproximadamente unas 24 horas. Se estima que entre el 25% y el 60% de las mujeres la padecen y que entre el 1% y el 15% de los casos presentan el dolor con más intensidad, conocida como dismenorrea severa



✚ ¿Cómo se presenta?

puede presentarse no sólo como dolor aislado, sino asociado a un conjunto de síntomas diversos que engloba otros problemas, como náuseas y vómitos, dolor de cabeza, dolor en la parte baja de la espalda y también mareo, dolor de piernas, ansiedad, irritabilidad, depresión e hinchazón.

✚ Dismenorrea primaria;

cuando se presenta como un dolor agudo o espasmódico en la zona baja del abdomen.

Suele producirse en mujeres de entre 17 y 25 años

En estas mujeres jóvenes, la dismenorrea aparece entre los 6 y los 12 meses siguientes a la menarquía.



✚ Dismenorrea Secundaria;

cuando el dolor es más continuo y pesado. Suele aparecer una semana antes de la menstruación, pudiendo aliviarse o empeorar durante la misma, o incluso persistir los dolores durante todo el ciclo



✚ Causas;

- ✓ La enfermedad inflamatoria pélvica
- ✓ Los miomas uterinos
- ✓ Un embarazo anormal (por ejemplo, aborto espontáneo, embarazo ectópico)
- ✓ Las infecciones, los quistes de ovario o los pólipos en la cavidad uterina



✚ ¿Quiénes corren el riesgo de sufrir dismenorrea?

Frecuente entre las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva y afecta aproximadamente a un 25%-50% de las mismas en algún momento durante este periodo de la vida.

✚ Síntomas;

- El dolor pélvico y/o abdominal,
- cólicos en la parte inferior del abdomen
- dolor en la parte inferior del abdomen
- dolor lumbar
- dolor irradiado hacia las piernas
- náuseas
- vómitos
- diarrea
- fatiga
- debilidad
- desmayos
- dolores de cabeza



✚ Tratamiento;

El tratamiento específico para la dismenorrea será variable dependiendo de una serie de factores como la edad, el estado de salud, los antecedentes, la severidad del dolor, la tolerancia a medicamentos y si la dismenorrea es primaria o secundaria.

Si existe una patología ginecológica se debe diagnosticar y tratar. Si la dismenorrea es primaria, el ginecólogo y en función de las preferencias, optará por cambios higiénico-dietéticos, ejercicio físico, analgésicos y/o tratamiento hormonal entre otros.

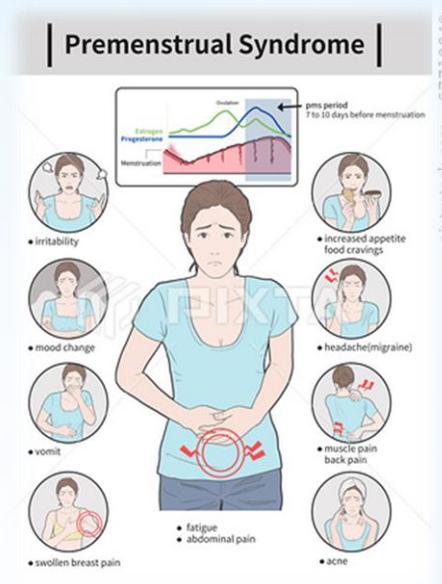


Síndrome Ó tensión premenstrual

El síndrome premenstrual (SPM) se refiere a un amplio rango de síntomas, los síntomas comienzan durante la segunda mitad del ciclo menstrual (14 días o más después del primer día de su último ciclo menstrual), ellos usualmente desaparecen de 1 a 2 días después de que el periodo menstrual comienza.

Causas

- No se ha identificado la causa exacta del SPM. Los cambios en los niveles de hormonas del cerebro pueden jugar un papel. Sin embargo, esto no se ha demostrado. Las mujeres con SPM también pueden responder de manera diferente a estas hormonas.
- El SPM puede estar relacionado con factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos.
- La mayoría de mujeres experimenta síntomas del SPM durante sus años fértiles. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres:
 - Que están entre el final de los 20 y los 40 años
 - Que han tenido al menos un hijo
 - Con antecedentes familiares o personales de depresión grave
 - Con antecedentes de depresión posparto o un trastorno afectivo del estado de ánimo
- Los síntomas con frecuencia empeoran al final de los 30 y 40 años, ya que se aproxima a la menopausia.



El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una afección en la cual una mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación. Los síntomas del TDPM son más intensos que los que se observan con el síndrome premenstrual SPM.

Causas:

Ansiedad,
Depresión mayor,
Trastorno afectivo estacional (TAE)
Otros factores que pueden intervenir incluyen:
Abuso del alcohol o sustancias
Trastorno de tiroides
Tener sobrepeso
Tener una madre con antecedentes de este trastorno
Falta de ejercicio





Miomatosis Uterina

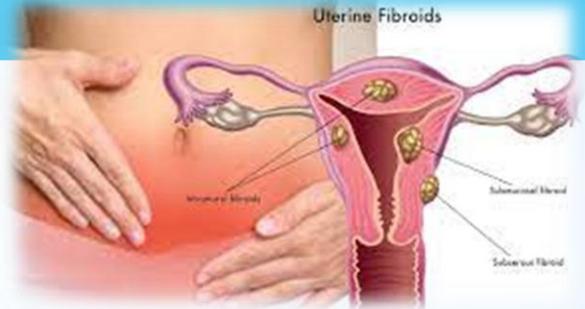
Los miomas, leiomiomas o fibromas, son los tumores benignos más frecuentes del útero (matriz).

En >99% de los casos, son benignos (no cancerosos).

La mayor parte de las portadoras son asintomáticas.

Después de la menopausia no se forman miomas y los que existen tienden a involucionar.

Son más frecuentes en la tercera y cuarta décadas de la vida, pero se detectan con mayor frecuencia en mujeres más jóvenes o de edades avanzadas. Son más comunes mujeres que nunca han tenido hijos o en infértiles.



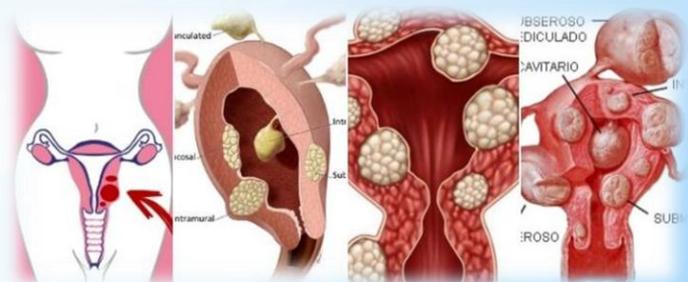
Síntomas;

- ❑ Aumento en la cantidad y/o duración del sangrado menstrual.
- ❑ Dolor pélvico.
- ❑ Infertilidad
- ❑ Masa abdominal

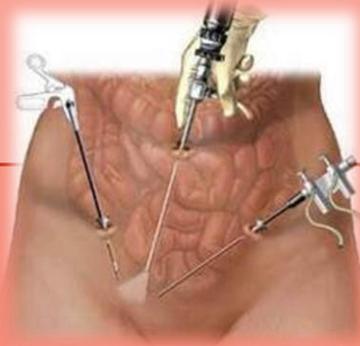


Diagnostico;

es clínico mediante un tacto vaginal; pero el ultrasonido, preferentemente vía vaginal, es el método de elección para su diagnóstico. Otras alternativas son la histerosalpingografía (estudio de rayos X) o incluso una Resonancia Magnética.



Tratamiento



El tratamiento depende de la severidad de los síntomas y de si se desea procrear o no.

Puede ser:

- ❖ Conservador:
- ❖ Observación: si la paciente está asintomática.
- ❖ Tratamiento médico: si la sintomatología es leve o moderada.
- ❖ Quirúrgico: puede ser por radiología intervencionista, laparotomía o endoscopia

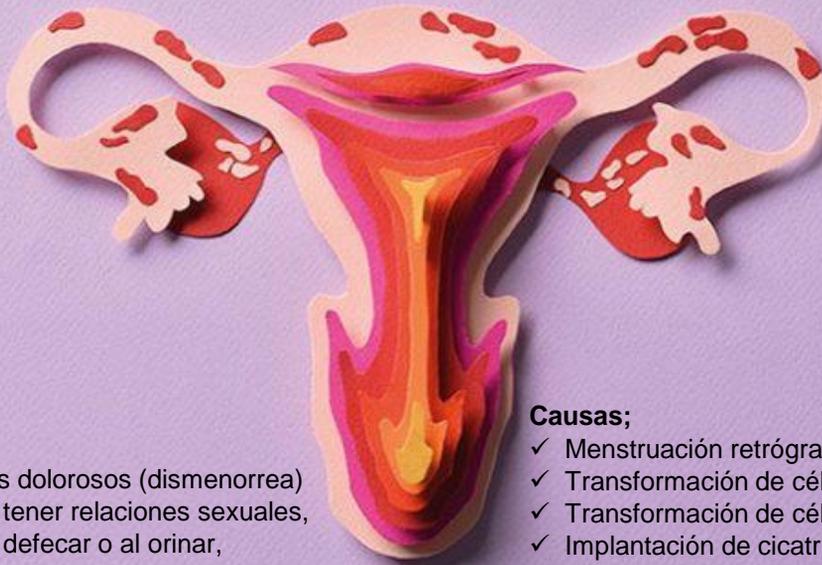


¿Cuáles son los miomas que tienen que operarse?

- Tamaño \geq al de un embarazo de 3 meses.
- Si causan hemorragias que no responden a otros tratamientos.
- Si causan infertilidad.
- Si crecen bruscamente o si lo hacen durante la menopausia.



La endometriosis es un trastorno a menudo doloroso en el cual el tejido similar al tejido que normalmente recubre el interior del útero —el endometrio— crece fuera del útero. La endometriosis afecta más comúnmente a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis. En raras ocasiones, el tejido endometrial se puede diseminar más allá de los órganos pélvicos.



Síntomas;

- ✓ Períodos dolorosos (dismenorrea)
- ✓ Dolor al tener relaciones sexuales,
- ✓ Dolor al defecar o al orinar,
- ✓ Sangrado excesivo,
- ✓ Esterilidad

Causas;

- ✓ Menstruación retrógrada,
- ✓ Transformación de células peritoneales,
- ✓ Transformación de células embrionarias,
- ✓ Implantación de cicatrices quirúrgicas,
- ✓ Transporte de células endometriales,
- ✓ Trastorno del sistema inmunitario

Factor de riesgo;

- ✓ Nunca dar a luz,
- ✓ Comenzar el período a una edad temprana,
- ✓ Pasar por la menopausia a una edad avanzada,
- ✓ Ciclos menstruales cortos,
- ✓ Períodos menstruales intensos que duran más de siete días,
- ✓ Tener niveles más altos de estrógeno en el cuerpo o una mayor exposición durante toda la vida al estrógeno que produce tu cuerpo,
- ✓ Bajo índice de masa corporal,
- ✓ Uno o más familiares (madre, tía o hermana) con endometriosis,
- ✓ Cualquier afección médica que impida el paso normal del flujo menstrual fuera del cuerpo,
- ✓ Anomalías del aparato reproductor.



Complicaciones;

Esterilidad

Fertilización e implantación Open pop-up dialog box



Fertilización e implantación

La principal complicación de la endometriosis es el deterioro de la fertilidad. Entre un tercio y la mitad de las mujeres con endometriosis tienen dificultad para quedar embarazadas.



Cáncer

El cáncer de ovarios se presenta en tasas más altas de las esperadas en mujeres con endometriosis. Sin embargo, en primer lugar, el riesgo general de por vida de cáncer de ovario es bajo. Algunos estudios sugieren que la endometriosis aumenta ese riesgo, pero todavía es relativamente bajo. Aunque es raro, otro tipo de cáncer, el adenocarcinoma asociado con la endometriosis, puede desarrollarse más tarde en la vida en las personas que han tenido endometriosis.

Bibliografía

➤ **Tratado de
Ginecología y Obstetricia
Ginecología y Medicina de la Reproducción
L. Cabero Rouna
2° Tomo
Editorial Medica PANAMERICANA
❖ Dra. Marlene Pérez Nanguce
Hospital general de la mujer
Vhsa, Tabasco**