



**Nombre de alumnos: Cristhian Nájera Jiménez.**

**Nombre del profesor: Beatriz Gordillo López.**

**Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico.**

**Materia: Ginecología Y Obstetricia.**

**Grado: 5to Cuatrimestre.**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de Febrero Del 2021.

### 4.3. Trastornos menstruales: Concepto y clasificación.

Los tipos de trastornos menstruales se definen en función de las variaciones que aparecen en un ciclo menstrual, existen variaciones que pueden afectar:

- 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 la clasificación se encuentra:

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.

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 ginecólogo le hará unas preguntas correspondientes evaluando su estado de salud.

#### Prevención

Disponer de una buena información para adaptar el estilo de vida al de una persona lo más saludable posible, al mismo tiempo seguir una vida sana basada en un buen descanso, una buena dieta y la práctica de actividad física o ejercicio mejoran la salud.  
Acudir a la consulta del especialista para realizar las revisiones recomendadas según las patologías o especialidades médicas.  
Consultar al médico para descartar otros síndromes, al aparecer signos o síntomas compatibles con situaciones no habituales o normales.

### 4.4.- Amenorrea primaria.

#### Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual normal resulta de la acción coordinada de las señales centrales (hipotálamo-hipófisis) sobre el ovario, produciendo un crecimiento y descamación sincrónica del endometrio.

#### La Amenorrea Primaria.

Se define como la ausencia de menstruación a los 16 años en presencia de otras características sexuales secundarias, o cuando la menstruación no se ha producido a los 14 años en ausencia de características sexuales secundarias, tiene una incidencia de un 0,1%.

La causa de la amenorrea tanto primaria como secundaria puede estar en cualquier lugar del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio.

#### Evaluación de la amenorrea/sangrado infrecuente

Se consideran requerimientos diagnósticos mínimos: Anamnesis detallada, exploración física, ecografía ginecológica, estudios hormonales basales.

#### Historia clínica en la adolescente.

Historia familiar, edad de la menarquia de la madre y hermanas (retraso constitucional), anomalías genéticas familiares, enfermedades tiroideas, irregularidades menstruales, uso materno de medicación durante su embarazo.

#### Tratamiento

En el tratamiento de las amenorreas hipotalámicas, la recuperación de la función menstrual no debe ser un objetivo sino una consecuencia de la mejoría del estado psíquico y físico. En las pacientes con un trastorno funcional (estrés, nutrición, ejercicio) lo primero que debe intentarse es el cambio de factores psico-ambientales.

### 4.5.- Amenorrea secundaria dismenorrea y tensión premenstrual.

#### Amenorrea secundaria

Es la falta de menstruación durante unos 3 meses en mujeres que nunca han estado experimentado irregularidades en el ciclo menstrual o durante unos 9 meses en mujeres que han sufrido oligomenorrea (retraso de más de cuatro días en el ciclo menstrual) y que no están embarazadas, amamantando ni en la menopausia.

El pronóstico de la amenorrea secundaria depende de la causa. Puede ser favorable si la enfermedad es curable; si es una afección particularmente grave (cáncer de útero) o que no es fácilmente curable, puede tener un pronóstico desfavorable.

#### Síntomas.

Entre los síntomas que pueden presentarse en situaciones de amenorrea, dependiendo de la causa, se incluyen: dolores de cabeza, alteraciones visuales, hirsutismo (crecimiento excesivo de vello facial), acné, dolor pélvico, sequedad vaginal, pérdida de cabello, galactorrea (pérdida anormal de leche del seno), sofocos y sudores nocturnos, alteraciones del sueño, aumento o disminución del peso corporal.

#### 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.

**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.

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.

### 4.6.- 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, también pueden presentarse aislados o múltiples, son una de las causas más frecuentes de dismenorrea secundaria en esta etapa de la mujer.

Si crecen después de la menopausia es señal de que se está produciendo una degeneración secundaria, que en algunos casos (los menos) podría ser una transformación tumoral maligna (leiomiomasarcoma).

**El diagnóstico** de los miomas uterinos se basa en la historia clínica, las exploraciones físicas, y en pruebas de imagen como la ecografía.

**Exploración física**, con la exploración se puede detectar el tamaño, la forma y la consistencia del útero, y la presencia de uno o más miomas, aunque en mujeres obesas, o que no se relajan suficientemente, estas exploraciones pueden resultar difíciles de valorar.

**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.

**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 DIU liberador de levonorgestrel da buenos resultados en aquellas mujeres con miomas que provoquen sobre todo sangrado o en aquellas que estén previas a la menopausia, para disminuir síntomas como la hemorragia se utilizan progestágenos, y anticonceptivos orales, para el dolor se administran antiinflamatorios no esteroideos.

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, esto se debe fundamentalmente al papel de la progesterona en la génesis de esta patología.

**Esterilidad e infertilidad**, normalmente los miomas uterinos no tienen repercusión sobre la fecundidad, pero hay ocasiones en que se produce esterilidad por compresión y alteración en el funcionamiento de las trompas de Falopio si los miomas son muy grandes, o en otros casos si alteran la cavidad endometrial, impidiendo la correcta implantación y crecimiento del embrión.

**Historia clínica**, la paciente puede presentar hemorragias, alteraciones menstruales, así como episodios dolorosos, ocasionalmente, también pueden aparecer trastornos del tránsito intestinal o de la micción.

**Pruebas de imagen la ecografía** es el método más útil para el diagnóstico del mioma, ya que permite precisar su tamaño, localización y muchas de sus complicaciones, la ecografía transvaginal (a través de la vagina) es la que mayor información ofrece, pero en los casos en que haya grandes nódulos, la ecografía abdominal ayuda a completar la exploración y, en ocasiones es imprescindible.

**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.

**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.

**Cirugía tradicional** Mediante una incisión y abertura en el abdomen o la vagina se procede a la extracción de los miomas.