

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Consultorio Médico grupo del Sol, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad Maria Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Travezio Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinerгия@gmail.com



SOMEA ENTIDAD EDITORA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón, Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Dismenorrea primaria en las adolescentes: manejo en la atención primaria

Primary dysmenorrhea in adolescents: management in primary care



¹**Dra. Valeria Garro Urbina**

Investigadora independiente, Cartago, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-7174-5435>

²**Dra. Mónica Thuel Gutiérrez**

Hospital Metropolitano, Heredia, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-0897-8113>

³**Dra. Valeria Robles Arce**

Investigadora independiente, Heredia, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-4379-5678>

RECIBIDO

10/10/2019

CORREGIDO

15/10/2019

ACEPTADO

23/10/2019

RESUMEN

La dismenorrea primaria es el síntoma más común asociado a la menstruación y se puede clasificar en dismenorrea primaria, que es el dolor pélvico asociado a la menstruación en ausencia de patología pélvica subyacente, y en dismenorrea secundaria, que es cuando se puede atribuir la sintomatología a alguna patología pélvica de fondo. La prevalencia de esta patología es altamente subestimada y varía ampliamente. El proceso patológico no se ha entendido de manera completa, pero según investigaciones es el resultado del aumento de producción de prostaglandinas y leucotrienos, con el resultante incremento de la actividad miometrial. El diagnóstico se basa principalmente en una historia clínica exhaustiva y un examen físico dirigido, aunque la respuesta al tratamiento también corrobora el diagnóstico. El principal objetivo del tratamiento de la dismenorrea es la reducción del dolor y mejorar la funcionalidad de las pacientes, siendo la primera línea los antiinflamatorios no esteroideos y la terapia hormonal.

PALABRAS CLAVE: dismenorrea, atención primaria, dolor pélvico, mujer, ciclo menstrual, adolescente

ABSTRACT

Primary dysmenorrhea is the most common symptom associated with menstruation and can be classified into primary dysmenorrhea, which is the

¹ Médico general, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). cod. [MED15307](#). vale.garro@hotmail.com

² Médico general, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). cod. [MED15342](#). dra.thuelgutierrez@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). cod. [MED15315](#). valeroblesarce@gmail.com



pelvic pain associated with menstruation in the absence of an underlying pelvic pathology, and in secondary dysmenorrhea, which is when the symptomatology can be attributed to an underlying pelvic pathology. The prevalence of this pathology is highly underestimated and varies widely. The pathological process has not been fully understood, but according to research it is the result of increased production of prostaglandins and leukotrienes, with the resulting increase in myometrial activity. The diagnosis is mainly based on a thorough medical history and a targeted physical examination, although the response to treatment also corroborates the diagnosis. The main objective of treatment of dysmenorrhea is to reduce pain and improve the functionality of patients, being the first line treatment the nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal therapy.

KEYWORDS: dysmenorrhea, Primary Health Care, pelvic pain, women, menstrual cycle, adolescent

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea se define como la presencia de dolores menstruales de origen uterino y representan una de las causas más comunes de dolor pélvico (1). Es la principal causa de morbilidad ginecológica en mujeres de edad reproductiva, sin importar la nacionalidad o estatus económico, y resulta en una importante pérdida de productividad y calidad de vida (1). La edad es inversamente proporcional al dolor menstrual, por lo que los síntomas son más pronunciados a menores edades luego de establecerse los ciclos menstruales (2). El objetivo de esta revisión bibliográfica es resumir la evidencia actual respecto a la dismenorrea primaria y de esta manera dar un abordaje integral a las pacientes y optimizar el manejo del dolor menstrual desde edades tempranas.

DEFINICIONES

Con base en la fisiopatología, la dismenorrea se ha clasificado en dismenorrea primaria y dismenorrea

secundaria (1). La dismenorrea primaria, se refiere a la presencia de dolor pélvico recurrente asociado a la menstruación, en ausencia de patología pélvica subyacente. Usualmente inicia en la adolescencia luego de haberse establecido los ciclos ovulatorios (2). Ocurre cerca del inicio o durante la menstruación y usualmente tiene un claro y predecible patrón temporal. Puede acompañarse de síntomas sistémicos como náuseas, vómitos, diarrea, fatiga e insomnio (3).

A diferencia de la anterior, la dismenorrea secundaria se refiere a la presencia de dolor pélvico que es causado por una patología orgánica o cualquier desorden que se pueda determinar como responsable de los síntomas de dolor (4), como por ejemplo, la endometriosis, la adenomiosis, fibromas o enfermedad inflamatoria pélvica. Dependiendo de la causa subyacente, puede acompañarse de síntomas como metrorragia y/o menorragia y no necesariamente el dolor ocurre con la menstruación (3).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la dismenorrea es altamente subestimada, y por ende, difícil de determinar. Pocas mujeres afectadas buscan atención médica para el tratamiento de esta patología, a pesar de experimentar importante malestar. Muchas mujeres llegan incluso a considerar el dolor como parte normal del ciclo menstrual (3), en vez de un desorden menstrual, por lo que muchos casos quedan sin documentarse.

La dismenorrea es considerado el síntoma ginecológico más común asociado a la menstruación, sobretodo durante la adolescencia (4). Debido a diferentes definiciones, y la falta de métodos estandarizados para evaluar la severidad de la dismenorrea (3), la prevalencia varía ampliamente, con reportes oscilando de un 16% hasta un 91% en mujeres en edad reproductiva, y de un 2% a un 29% experimentan una dismenorrea severa (5). La dismenorrea interfiere con las actividades de la vida diaria y disminuye la calidad de vida. En Estados Unidos, la dismenorrea causa que un 10-20% de las estudiantes colegiales pierda clases durante su menstruación. Este fenómeno también se ve internacionalmente, ocurriendo a una tasa igual o mayor (6).

PATOGENIA

La etiología de la dismenorrea se basa principalmente en la sobreproducción del cuerpo de prostaglandinas y leucotrienos (7), ambos mediadores de la inflamación (8). Se cree que las concentraciones anormalmente elevadas de prostaglandinas vasoactivas en el endometrio inducen a un estado de

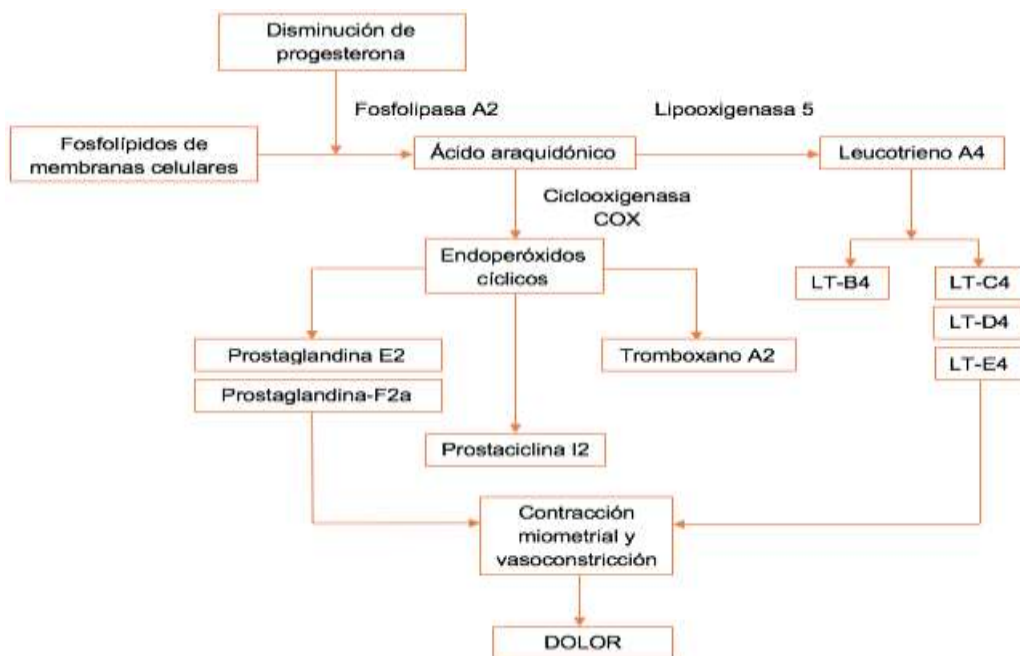
hipercontractilidad del miometrio, llevando a isquemia e hipoxia del músculo uterino (9, 10, 11). Las contracciones uterinas tienen una duración variable y a veces pueden llegar a producir presiones uterinas mayores a 60 mmHg (2).

Las prostaglandinas son sustancias intracelulares que se derivan de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, como el ácido araquidónico, que son un componente importante de los fosfolípidos de las membranas celulares. El ácido araquidónico se deriva de los fosfolípidos gracias a la enzima lisosoma fosfolipasa A2, quien es regulada por diferentes factores, entre ellos, los niveles de progesterona. Altos niveles de progesterona tienden a estabilizar la enzima, mientras que niveles más bajos la activan (3). **VER ESQUEMA 1.**

Es de esta manera que la disminución en los niveles de progesterona por la regresión del cuerpo lúteo en la fase lútea del ciclo menstrual, resulta en el aumento de fosfolipasa A2 y por ende, se genera más ácido araquidónico, llevando a un aumento de las prostaglandinas (3). Todas las mujeres tienen niveles altos de prostaglandinas durante la fase lútea de los ciclos ovulatorios, sin embargo, en comparación con las mujeres eumenorreicas, las mujeres dismenorreicas tienen un mayor número de prostaglandinas que puede llegar incluso al doble (3, 7).

Hay nueve tipos de prostaglandinas, siendo la PGE2 y la PGF2a las más implicadas en la patogénesis de la dismenorrea primaria (3). La intensidad de los dolores menstruales y de los síntomas asociados a la dismenorrea están directamente relacionados a la cantidad de PGF2a liberada (7).

ESQUEMA 1. Ruta del dolor en dismenorrea primaria



Fuente: realizado por Valeria Garro con base en Complementary and alternative treatments for primary dysmenorrhea in adolescents. 2014

Mientras que la PGE2 puede resultar tanto en relajación como en contracción miométrial, la PGF2a siempre causa una potente vasoconstricción de los vasos uterinos (3). También hay evidencia que esta misma prostaglandina disminuye el umbral del dolor percibido por medio de sensibilización de las terminaciones nerviosas (3).

Si la exposición del endometrio a la fase lútea es crucial para la aumentada producción de prostaglandinas, entonces la dismenorrea solo ocurre con los ciclos ovulatorios. Esto podría explicar por qué esta patología se presenta poco después de la menarca y por qué responde bien a la inhibición ovulatoria como tratamiento (1, 4).

Los leucotrienos, al igual que las prostaglandinas, son responsables de contracciones uterinas disríticas y disminución del flujo sanguíneo. El

leucotrieno E4 también causa vasoconstricción, resultando en isquemia y contracción miométrial. Sin embargo, la vía de los leucotrienos aún no ha sido tan bien estudiada como la de prostaglandinas (7).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la dismenorrea primaria incluyen la corta edad (menores de 20 años), flujo menstrual abundante, la menarca temprana (antes de los 12 años), flujo que dure más de 7 días y la historia familiar (3, 4, 7). Si familiares de primer grado (madre o hermana) también presentan dismenorrea, se considera como un factor de riesgo, no solo por los factores genéticos, pero también porque posiblemente es un comportamiento aprendido (4, 7).

El fumado, bajo consumo de pescado, índice de masa corporal menor a 20 y el consumo de cafeína se consideran factores de riesgo modificables, o del comportamiento (4, 7). En otros estudios se catalogan el abuso sexual, la infertilidad y la presencia de síntomas premenstruales como factores de riesgo también (12).

Se ha descrito sobre la relación entre factores psicológicos y la severidad de la dismenorrea. Hay evidencia que la presencia de patologías psicológicas, como la depresión o la ansiedad, junto con la dismenorrea tienen una asociación con dolores crónicos. Por eso siempre es importante considerar estos factores a la hora del tratamiento (13).

Historia de embarazos tempranos es un factor importante para que la severidad de la dismenorrea disminuya (1). La edad es un factor inversamente proporcional a la severidad del dolor, siendo los síntomas más severos a menor edad (2). El uso de anticonceptivos hormonales se relaciona con una menor severidad de la dismenorrea (14). El consumo de frutas y vegetales, y factores sociodemográficos como educación, estado civil y lugar de residencia no se han asociado con la dismenorrea (15). Los estudios con respecto a la relación entre el consumo de alcohol y la dismenorrea son contradictorios (16).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El inicio de la dismenorrea primaria usualmente es de 6 a 12 meses luego de la menarca (1, 12, 14, 15), por lo que generalmente coincide con el establecimiento de los ciclos ovulatorios regulares (4, 8, 17). Se describe como un dolor abdominal bajo o dolor pélvico,

con o sin radiación a espalda baja o muslos (3, 4, 12). El dolor se describe como tipo cólico y usualmente en línea media (2). Puede ir asociado a síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, cefaleas, fatiga, dolor lumbar y mareos (11), pero no se acompaña de otros síntomas ginecológicos (17). El dolor generalmente dura de 8 a 72 horas (3, 15, 17), puede iniciar uno o dos días antes del inicio de la menstruación (15, 18) y mejora conforme progresa el flujo menstrual (17). El dolor tiene un patrón claro y predecible en la mayoría de los casos (3).

DIAGNÓSTICO

Muchas mujeres consideran que el dolor menstrual, aún siendo severo e incapacitante, es inevitable (2). Las adolescentes son particularmente susceptibles a demorar en obtener atención médica. También pueden experimentar un mayor tiempo para diagnosticar la etiología del dolor pélvico (hasta 5.4 años), en comparación con mujeres cuyos síntomas iniciaron en la adultez (1.9 años) (8). Es importante que durante la evaluación se realice una historia clínica exhaustiva y un examen físico dirigido (7).

• Historia clínica

La evaluación inicial para todas las pacientes presentándose con dismenorrea tiene que incluir antecedentes médicos, ginecológicos, menstruales, familiares, y psicosociales para determinar si la paciente tiene dismenorrea primaria o si tiene síntomas sugestivos de dismenorrea secundaria (7, 8).

El dolor tiene que definirse claramente en términos de localización, tipo de dolor,

radiación, síntomas asociados y la cronología del inicio del dolor con respecto al sangrado menstrual. De igual manera se deben establecer la severidad y la duración de los síntomas (2). La cronicidad del dolor es una de las partes más importantes de información al obtener la historia clínica (7).

Entre los antecedentes ginecológicos y menstruales, es importante preguntar sobre la edad de la menarca, y la edad del inicio de la dismenorrea. La frecuencia, duración, cantidad y regularidad de la menstruación. El tiempo entre el inicio de los síntomas y la menstruación y el impacto que tienen estos síntomas en sus actividades de la vida diaria (7).

Puede ser necesario indagar sobre la actividad sexual de la paciente, dispareunia y métodos anticonceptivos, ya que algunas adolescentes podrían usar la dismenorrea como pretexto para obtener anticoncepción (2). También se debería preguntar sobre enfermedades de transmisión sexual, infección pélvicas, infertilidad, violencia sexual, y cirugías pélvicas (2, 12). Obtener información sobre tratamientos utilizados en el pasado y forma de utilizarlos es importante, ya que muchas pacientes no usan los medicamentos en dosis adecuadas (2, 4).

La historia familiar puede ser de ayuda en diferenciar dismenorrea primaria de la secundaria; pacientes con historia familiar de endometriosis en familiares de primer grado tienen mayor probabilidad de tener dismenorrea secundaria (12). Se debería de sospechar especialmente cuando la paciente reporta dismenorrea severa inmediatamente después de la menarca o cuando empeora progresivamente, cuando se asocia a

sangrado uterino anormal, dolor a mitad del ciclo menstrual, falta de respuesta al tratamiento, o presencia de alguna otra malformación congénita (cardíaca, renal, espinal o gastrointestinal) (8).

• Examen físico

Muchas veces con un examen abdominal es suficiente para dejar claro la presencia y la localización del dolor (7) y descartar patología palpable (2). En pacientes adolescentes que no han tenido relaciones sexuales y presentan los síntomas característicos de la dismenorrea primaria, no es necesario realizar el examen pélvico (2, 4, 7, 12). Mientras que a las adolescentes que si son sexualmente activas, se recomienda realizar el examen pélvico (7, 12).

Algunos autores recomiendan realizar la inspección de los genitales externos para descartar cualquier anomalía del himen (2), determinar la madurez sexual de la paciente y buscar cualquier señal de trauma (4). La especuloscopia ayuda a determinar si alguna condición anatómica podría estar causando el problema, como la obstrucción de salida, o la presencia de flujo vaginal o cervical anormal, sugestivos de infección. La exploración bimanual busca la exploración uterina indicando si hay sensibilidad a la movilización, movilidad, tamaño y textura del mismo, y si hay alguna masa presente, como los fibromas (4).

• Estudios complementarios

No hay evidencia del uso rutinario del ultrasonido en la evaluación inicial de la dismenorrea primaria. En pacientes cuyo examen físico presentó alguna anomalía o la dismenorrea es refractaria al tratamiento de primera línea, podría estar indicado el ultrasonido

para ayudar a identificar las causas de dismenorrea secundaria (1, 2).

Los exámenes de laboratorio o estudios imagenológicos, generalmente no son de mucha ayuda en el diagnóstico de dismenorrea primaria. La resonancia magnética es una técnica prometedora para el diagnóstico de dismenorrea secundaria, pero su alto costo hace que su uso sea conservador (2).

La laparoscopia es el método diagnóstico de elección para la endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, o adherencias pélvicas, pero solo está indicada cuando estas patologías son altamente sospechadas (2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuando se entrevista a una paciente adolescente y se realiza el examen físico, se deben de considerar distintas posibles causas del dolor antes de concluir que la dismenorrea primaria es la causante del dolor menstrual, aunque casi un 90% de las pacientes adolescentes que se presentan con dismenorrea es primaria (4). Como primera línea se debe descartar la dismenorrea secundaria como causante del dolor, que es posible por medio de la historia clínica y el examen físico dirigido (17). **VER TABLA 1.**

La causa más común de dismenorrea secundaria es la endometriosis. En adolescentes, la endometriosis se encuentra en aproximadamente el 70% de aquellas que se someten a cirugía laparoscópica por dolor pélvico crónico que no responde a tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos o con anticonceptivos orales combinados (2). Otras causas de dismenorrea secundaria se encuentran la adenomiosis, miomas

uterinos, lesiones obstructivas y estenosis cervical.

También se debe descartar otras causas de dolor menstrual como la infección pélvica inflamatoria, adherencias pélvicas, intestino irritable, cistitis intersticial y desórdenes psiquiátricos (2).

Tabla 1. Características distintivas de la dismenorrea primaria y secundaria.

	Dismenorrea Primaria	Dismenorrea Secundaria
Edad	16 - 25 años	30 – 45 años
Inicio de dolor	Justo antes del inicio del sangrado	Dolor usualmente progresa durante la fase lútea
Patofisiología	Exceso de prostaglandinas y leucotrienos	Patología secundaria asociada
Síntomas	Auto limitados Dura de 1 a 3 días Usualmente responde a AINES o AOC Sangrado menstrual normal o leve	Asociado a características según enfermedad asociada Resistente a AINES o AOC Usualmente con sangrados abundantes
Signos	Examen físico normal	Depende de la enfermedad asociada

Fuente: Realizado por Mónica Thuel con base en Dysmenorrhoea. 2019

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos, AOC: Anticonceptivos orales combinado

TRATAMIENTO

El principal objetivo del tratamiento de la dismenorrea es la reducción del dolor (1) y los síntomas asociados, así como mejorar la funcionalidad de las pacientes

y disminuir los días de productividad perdidos en trabajo, estudio o actividades extracurriculares (4). Cuando la historia sugiere dismenorrea primaria, se podría iniciar el tratamiento de forma empírica. Tanto tratamiento médico como alternativo puede ser utilizados para el alivio del dolor (8).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **AINES:** tomando en cuenta la etiología de la dismenorrea primaria, basada en el aumento de prostaglandinas, el tratamiento farmacológico de primera línea son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (3, 7, 8, 15, 17). Son clasificados como inhibidores de la producción periférica de prostaglandinas por medio de la inhibición de la ciclooxigenasa, (1, 2) y en una escala mundial, se encuentran en el grupo más frecuentemente prescrito de medicamentos (3). Los AINES deberían de ser utilizados por al menos tres ciclos menstruales, y si no es suficiente para controlar el dolor, se pueden combinar con la terapia hormonal (1). La aspirina, el naproxeno y el ibuprofeno se encuentran entre los agentes más utilizados (1). Se recomienda que se inicie el uso de estos medicamentos, de ser posible, 1 o 2 días antes del inicio del sangrado menstrual, y continuarlos por los primeros 2 o 3 días, o mientras se encuentre presente el dolor (4, 8, 12, 15). Hay gran variedad de efectos adversos con estos medicamentos, y estos se agravan y se vuelven más aparentes con el uso prolongado de los mismos. Cefaleas, somnolencia,

mareos, y resequedad se encuentran entre los principales efectos adversos neurológicos. Náuseas e indigestión son los efectos secundarios gastrointestinales más reportados (7). Tomar el medicamento junto con alimentos y con abundante líquido puede mitigar los síntomas gastrointestinales (8).

Según una revisión de Cochrane, los AINES parecen ser muy efectivos en el tratamiento de la dismenorrea primaria, pero las mujeres utilizando estos tratamientos deben estar conscientes sobre el posible riesgo sustancial de presentar efectos adversos como indigestión o somnolencia. No hay suficiente evidencia para afirmar que un AINE es mejor que otro pero si parece que los AINES son más efectivos que el paracetamol (17, 19). Hay evidencia que los inhibidores específicos de la COX-2 tienen implicaciones cardiacas, por lo que ya no se recomiendan para el tratamiento de la dismenorrea primaria (4, 15).

Alrededor de un 15% a 18% de mujeres que sufren dismenorrea primaria no responden, o son intolerantes a estos medicamentos, por lo que en este grupo se utilizaría tratamiento hormonal como segunda línea (3, 6) Otros tratamientos han sido utilizados en pacientes con resistencia a los AINES, como vasodilatadores (Sildenafil citrato), bloqueadores de canales de calcio (Nifedipina), Vasopresina y antagonistas de los receptores de oxitocina, y antiespasmódicos (Butilbromida de hioscina), sin embargo, es necesario realizar más estudios para establecer evidencia de

eficacia de los mismos, ya que la literatura actual es contradictoria (6).

- **Acetaminofén:** es un analgésico que actúa como un inhibidor débil de la ciclooxigenasa. Actúa a nivel central y produce analgesia por medio de la elevación del umbral del dolor. Tiene buena tolerancia a nivel gastrointestinal y no inhibe la hemostasia (2). Se ofrece este medicamento cuando los AINES están contraindicados o no son bien tolerados. También se puede utilizar para aumentar el efecto si la respuesta a los AINES es insuficiente (17).

TRATAMIENTO HORMONAL

- **Anticonceptivos orales combinados:** actúan por medio de la supresión de la ovulación (1, 2), y se consideran los fármacos de segunda línea para el tratamiento de la dismenorrea primaria (7). Los anticonceptivos orales combinados suprimen la ovulación y el crecimiento endometrial, lo que lleva a un menor volumen de sangre y menor producción de prostaglandinas, con una subsecuente disminución de la presión intrauterina (2, 3). Se considera este tratamiento cuando las pacientes no tienen deseos de concebir (17).

Se ha comprobado que no importa la ruta de administración (oral, transdérmica, intravaginal, intrauterina), ya que son igualmente efectivos (1, 12). Entre los efectos secundarios del uso de estos fármacos que contienen estrógenos sintéticos se encuentran náuseas,

vómitos, cefaleas, sensibilidad mamaria, y cambios en el peso. El acné, aumento de peso y crecimiento de cabello se relacionan con la progesterona (7).

Una revisión sistemática realizada con 780 ensayos controlados aleatorizados, sugiere que es mejor utilizar el tratamiento con anticonceptivos orales combinados de manera continua o flexible a que utilizarlos de manera cíclica, sin incrementar efectos adversos o efectos secundarios. Sin embargo, concluyen que se necesitan más estudios de alta calidad para elucidar el efecto de los mismos en la dismenorrea primaria (18).

Si los síntomas de la dismenorrea son aliviados por el uso de anticonceptivos orales, este tratamiento debe ser continuado por al menos 6 meses. Si el dolor continúa luego de este ensayo, se debe iniciar estudios de otras posibles causas de dismenorrea (15).

- **Régimen de progestinas:** el acetato de medroxiprogesterona también actúa por medio de la supresión de la ovulación y también induce a la atrofia endometrial. Un régimen de progestinas orales continuo puede ser usado como alternativa al uso de anticonceptivos orales combinados con resultados comparables en el alivio del dolor y con menores efectos secundarios (2).

Según estudios se ha comprobado que el uso del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS, Mirena) disminuye la severidad de la dismenorrea en comparación a otros métodos anticonceptivos. Mientras

que el dispositivo intrauterino de cobre (Cu-IUD) no se ha demostrado que disminuya la severidad (17).

TRATAMIENTO DE SOPORTE

- **Calor local:** el tratamiento de primera línea no farmacológico de la dismenorrea primaria es el calor local (7). Actúa por medio de la inhibición de la actividad de los nervios simpáticos, aumentando el flujo sanguíneo al área y así, removiendo más rápidamente las sustancias productoras de dolor, como prostaglandinas y leucotrienos. Al aumentar el flujo sanguíneo mejora la oxigenación del tejido y evita la isquemia, y el calor tiene un efecto relajante en el útero. Hay estudios donde el calor tiene un efecto comparable al ibuprofeno, sin embargo se necesitan estudios de mayor magnitud (7). Dado el bajo riesgo de efectos adversos y el bajo costo de la terapia, es razonable que se aliente el uso del calor local como tratamiento para la dismenorrea primaria (8).
- **Ejercicio:** asumiendo que el ejercicio no produce ningún daño, es razonable recomendarlo aún sin evidencia de calidad de estudios aleatorizados que lo corroboren (2). En un meta análisis realizado en el presente año se encontró que el yoga ha mostrado resultados favorables en cuanto al alivio del dolor entre las participantes con dismenorrea primaria. La mejoría fue principalmente desde el punto de vista subjetivo de las participantes (10). Hay evidencia que el ejercicio aeróbico mejora la intensidad del

dolor, la calidad de vida y el funcionamiento de la paciente, por lo que podría ser utilizado como una opción de tratamiento para el manejo de la dismenorrea primaria (9). Un programa de fisioterapia que incluya fortalecimiento, estiramiento y relajación de los músculos se ha demostrado efectivo en la reducción de los síntomas causados por dismenorrea primaria cuando estos son realizados de manera regular (11).

- **Estimulación eléctrica transcutánea:** implica el uso de electrodos para la estimulación de la piel en diferentes frecuencias e intensidades para disminuir la percepción del dolor. En un estudio aleatorizado se demostró que la terapia con estimulación eléctrica transcutánea de alta intensidad asociado a termoterapia mejora el dolor en mujeres con dismenorrea primaria moderada o severa (20), por lo que podría ser una alternativa razonable en mujeres que no puedan o no quieran usar AINES (2). Sin embargo, la estimulación de baja intensidad no se ha demostrado ser superior al placebo y no está recomendada (2, 17).
- **Acupuntura:** es uno de los métodos más antiguos y mejor conocidos en el mundo para el alivio del dolor (7). En la actualidad, la utilización de la acupuntura como tratamiento de la dismenorrea primaria ha sido sujeto de múltiples estudios de investigación. En una revisión de Cochrane relativamente reciente se reúne evidencia de 42 estudios controlados aleatorizados,

involucrando 4640 mujeres. Los autores comentan que todos los estudios estaban clasificados con un moderado a alto riesgo de sesgo, excepto uno. El único estudio bien diseñado no demostró superioridad de la acupuntura sobre el placebo, por lo que concluyeron que la evidencia es inconsistente y no confiable (21).

- **Suplementos dietéticos:** se han propuesto una gran cantidad de hierbas medicinales y vitaminas para el tratamiento de dismenorrea primaria. Sin embargo, no hay evidencia de alta calidad para comprobar la efectividad de suplementos dietéticos como tratamiento de la dismenorrea, ni tampoco de la seguridad de los mismos, según una revisión de Cochrane (5), donde se estudiaron los efectos de la eficacia de jengibre, fenugreek, aceite de pescado, aceite de pescado más vitamina B1, valerian, vitamina B1 sola, zataria y sulfato de zinc (5, 8). En un estudio reciente donde se estudió a 60 mujeres con dismenorrea primaria, se demostró que la administración de altas dosis de vitamina D durante 8 semanas consecutivas tuvo en efecto significativo en la disminución del dolor vs el grupo control (22), sin embargo, otros estudios han demostrado lo contrario.

SEGUIMIENTO

Independientemente de la terapia escogida, pacientes con sospecha de dismenorrea primaria deberían de tener seguimiento para observar una respuesta al tratamiento. Herramientas que pueden

utilizarse para evaluar la severidad de la dismenorrea, tanto al inicio de la presentación, como en la evaluación de la respuesta al tratamiento, incluyen las escalas visuales análogas y las escalas numéricas. Ambas son confiables, válidas, están en varios idiomas y son bastante simples de administrar (8).

Cuando una paciente no muestra mejoría de los síntomas luego de 3 a 6 meses de haber iniciado el tratamiento, se debería investigar por posible dismenorrea secundaria o por poca adherencia al tratamiento (8). Una revisión bibliográfica concluyó que el apoyo y relaciones con sus pares son claves a la hora de evaluar la adherencia al tratamiento, señalando que las adolescentes se preocupan por el estigma y la vergüenza a la hora de tomar medicamentos frente a sus pares o que ellos sepan de su condición médica. Otro punto importante fue la relación entre los padres y la no-adherencia al tratamiento. Esto podría surgir de padres que encuentran difícil incluir al adolescente en el proceso de toma de decisiones, o al contrario, padres que no se involucran (8).

CONCLUSIÓN

La prevalencia de la dismenorrea primaria es alta y tiene consecuencias importantes y extensas en las mujeres que la padecen. Se le ha dado poca atención científica, por lo que sigue sin aclararse completamente este desorden y las mujeres lo siguen viendo como parte normal de su ciclo menstrual. Un gran porcentaje de las mujeres que padecen dismenorrea primaria tienen alivio de sus síntomas con alguno o varios de los tratamientos mencionados anteriormente, pero otro porcentaje no

presenta esta mejoría y puede llegar a ser debilitante. La mayoría de la evidencia en cuanto a la dismenorrea primaria es limitada o contradictoria, por lo que se necesitan investigaciones adicionales para avanzar en el entendimiento de la misma y sus

consecuencias a largo plazo, ya que con una visión más clara de la patología, las opciones de tratamiento pueden expandirse y mejorarse, y así no solo ofrecer tratamiento de los síntomas, sino ofrecer tratamiento que prevenga los mismos.

REFERENCIAS

1. Bernardi M, Lazzeri L, Perelli F, Reis FM, Petraglia F. Dysmenorrhea and related disorders. *F1000Research*. 2017 09 05;6:1645. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11682.1>
2. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2017 07;39(7):585-595. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.023>
3. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*. 2015 09 07;21(6):762-778. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv039>
4. Ryan SA. The Treatment of Dysmenorrhea. *Pediatric Clinics of North America*. 2017 04;64(2):331-342. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.004>
5. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkarnhang US, Barnes J, Seyfoddin V, Marjoribanks J. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 03 22;. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002124.pub2>
6. Oladosu FA, Tu FF, Hellman KM. Nonsteroidal antiinflammatory drug resistance in dysmenorrhea: epidemiology, causes, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018 04;218(4):390-400. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.108>
7. Yu A. Complementary and alternative treatments for primary dysmenorrhea in adolescents. *The Nurse Practitioner*. 2014 Nov;39(11):1-12. <https://doi.org/10.1097/01.npr.0000454984.19413.28>
8. ACOG Committee Opinion No. 760. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 Dec;132(6):e249-e258. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002978>
9. Kannan P, Chapple CM, Miller D, Claydon-Mueller L, Baxter GD. Effectiveness of a treadmill-based aerobic exercise intervention on pain, daily functioning, and quality of life in women with primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*. 2019 06;81:80-86. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.05.004>
10. Kim S. Yoga for menstrual pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2019 08;36:94-99. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.06.006>
11. Ortiz MI, Cortés-Márquez SK, Romero-Quezada LC, Murguía-Cánovas G, Jaramillo-Díaz AP. Effect of a physiotherapy program in women with primary dysmenorrhea. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015 Nov;194:24-29. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.008>
12. Osayande A, Mehulic S. Diagnosis and Initial Management of Dysmenorrhea. *American Academy of Family Physicians*. [Internet]. 2014 [Consultado 22 Setp 2019]; ;89(5):341-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261327557_Diagnosis_and_Initial_Management_of_Dysmenorrhea

13. Bajalan Z, Moafi F, MoradiBaglooei M, Alimoradi Z. Mental health and primary dysmenorrhea: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2018 05 10;40(3):185-194. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2018.1470619>
14. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, et al. Primary Dysmenorrhea in adolescents: Prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev* 2015;13:512-20
15. Dharmapuri S. Dysmenorrhea in adolescents. *Pediatric Medicine*. 2019 07;2:34-34. <https://doi.org/10.21037/pm.2019.06.09>
16. Pejčić A, Janković S. Risk factors for dysmenorrhea among young adult female university students. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 9 October 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033624>
17. Kulkarni A, Deb S. Dysmenorrhoea. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2019 Oct;29(10):286-291. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.06.002>
18. Damm T, Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Feranec J. Continuous vs. cyclic combined hormonal contraceptives for treatment of dysmenorrhea: a systematic review. *Contraception: X*. 2019;1:100002. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2019.100002>
19. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 07 30;. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001751.pub3>
20. Lee B, Hong SH, Kim K, Kang WC, No JH, Lee JR, Jee BC, Yang EJ, Cha E, Kim YB. Efficacy of the device combining high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation and thermotherapy for relieving primary dysmenorrhea: a randomized, single-blind, placebo-controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015 Nov;194:58-63. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.020>
21. Smith CA, Armour M, Zhu X, Li X, Lu ZY, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 04 18;. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007854.pub3>
22. Bahrami A, Avan A, Sadeghnia HR, Esmaeili H, Tayefi M, Ghasemi F, Nejati Salehkhani F, Arabpour-Dahoue M, Rastgar-Moghadam A, Ferns GA, Bahrami-Taghanaki H, Ghayour-Mobarhan M. High dose vitamin D supplementation can improve menstrual problems, dysmenorrhea, and premenstrual syndrome in adolescents. *Gynecological Endocrinology*. 2018 02 15;34(8):659-663. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1423466>