

Práctica Clínica

Medwave 2013;13(3):e5656 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5656

Dismenorrea: dolor crónico cíclico más común y mal tratado en las mujeres

Dysmenorrhea: the most common and mismanaged chronic pain in women

Autores: Mario Isidoro Ortiz Ramírez⁽¹⁾, Luis C. Romero-Quezada⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Área Académica de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, México

E-mail: mario_i_ortiz@hotmail.com

Citación: Ortiz MI, Romero-Quezada LC. Dysmenorrhea: the most common and mismanaged chronic pain in women. *Medwave* 2013;13(3):e5656 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5656

Fecha de envío: 14/2/2013

Fecha de aceptación: 28/3/2013

Fecha de publicación: 19/4/2013

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Palabras clave: dysmenorrhea

Introducción

La dismenorrea es uno de los cuadros cíclicos dentro de los procesos dolorosos pélvicos crónicos que padece la mujer. La dismenorrea provoca un alto impacto psicosocial y económico. Es un problema clínico que no ha podido ser abordado de manera eficaz y en la actualidad se realiza bastante investigación que busca erradicar o aminorar este sufrimiento cíclico que padecen muchas mujeres en todo el mundo.

Definición

La dismenorrea se define como el conjunto de síntomas que aparecen al final del ciclo menstrual y que la mujer asocia al comienzo de la menstruación e inclusive durante la misma. La dismenorrea (etimológicamente "menstruación dificultosa" y en lenguaje clínico "menstruación dolorosa") es uno de los cuadros cíclicos dentro de los procesos dolorosos pélvicos crónicos en las mujeres^{1,2,3}.

Clasificación

La dismenorrea se clasifica en dismenorrea primaria y dismenorrea secundaria^{1,2,3}. Particularmente se habla de dismenorrea primaria cuando no existe una patología pélvica que explique el trastorno.

Características clínicas

Se le denomina también "algomenorrea" y puede variar desde episodios muy poco intensos, apenas molestos, hasta situaciones extremadamente severas. En ellas, junto al dolor de gran intensidad aparecen náuseas,

vómitos y diarrea, provocando una morbilidad muy significativa, aunque nunca amenaza directamente la vida^{1,2,3}.

La dismenorrea se presenta en las mujeres como un dolor agudo de espasmo intermitente provocado por las contracciones de los músculos uterinos. Este dolor es usualmente localizado a la zona suprapúbica. No obstante, el dolor puede irradiar a la parte interna o trasera de los muslos o a la zona lumbar de la espalda. El dolor generalmente dura de 48 a 72 horas en la menstruación. El dolor usualmente se desarrolla dentro de las primeras horas del inicio de la menstruación y alcanza su punto más alto de acuerdo a como el fluido menstrual se vuelve más abundante, lo cual ocurre durante el primer o segundo día del ciclo³⁻⁷.

Epidemiología

De acuerdo a la literatura mundial, la prevalencia de mujeres menstruantes que presentan dismenorrea primaria, oscila desde un 20 hasta un 90%^{1-5,8-11}.

La dismenorrea primaria usualmente inicia dentro de los pocos años de presentarse la menarquía, lo cual puede ocurrir a los 12 a 13 años en promedio¹⁻⁵. De acuerdo a diferentes estudios, la edad de presentación de la menopausia es de los 45 a los 50 años, por lo que las mujeres podrían presentar ciclos menstruales dolorosos por alrededor de 20 a 30 años (de 260 a 390 ciclos menstruales aproximadamente).

Fisiopatología

La dismenorrea primaria es ocasionada por contracciones del miometrio inducido por prostaglandinas (principalmente prostaglandina $F_{2\alpha}$), las cuales producen contracción miometral importante, vasoconstricción de vasos endometriales y miometriales, isquemia del útero y sensibilización de las terminales nerviosas, que en conjunto se va a traducir en dolor^{2,3,6}.

Severidad

Los cuadros de dismenorrea pueden ser leves, moderados y severos. Un estudio realizado en Suiza demostró que el dolor es severo e incapacitante en hasta 15% de una prevalencia del 72% de las mujeres¹². La aplicación por vía telefónica de un cuestionario a 1546 mujeres de Canadá, demostró una prevalencia de dismenorrea de 60%. De esta prevalencia 6% sufría de dolor severo, 51% disminuían sus actividades en los cuadros de dismenorrea y 17% tenía ausentismo escolar y/o laboral debido al padecimiento¹⁰. Otro estudio encontró que de una prevalencia de 71,6% de dismenorrea entre mujeres entre 17 y 19 años, hasta en 60% de ellas presentaron un cuadro de dolor severo¹³. El estudio de Larroy⁸ constató que de una prevalencia de dismenorrea de 69,1%, sobre el 28,2% presentó dolor de intensidad moderada, 32% intensidad severa y 9,8% dolor incapacitante. En investigaciones con estudiantes mexicanas^{4,5} se encontró entre 24 y 42,1% de ausentismo escolar; la sintomatología fue leve entre 32,9 y 36,1%, moderada en 43,8 a 49,7% y severa entre 17,4 y 20,1%.

Tratamiento

Se ha visto que las pacientes que sufren de dismenorrea primaria, en general no acuden al médico para recibir atención. Se ha encontrado que únicamente entre 0,4 y 15,5% de las pacientes con dismenorrea acude con el personal de salud^{4,5,9}. Dado que en general las pacientes con dismenorrea no asisten al médico, se ha encontrado en algunos estudios que muchas de ellas hacen uso de la automedicación.

En general, se utilizan varias clases de analgésicos en el tratamiento del dolor, entre los que se incluyen paracetamol, analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos. Comúnmente, los opiáceos están indicados para el tratamiento del dolor de moderado a severo (quirúrgico, traumático, cáncer, etc.) que no responde a los antiinflamatorios no esteroideos¹⁴. Cuando el dolor de moderado a grave no se alivia con monoterapia, se recomienda la coadministración de un antiinflamatorio no esteroideo asociado a opiáceos^{14,15}.

Conclusión

Curiosamente, a pesar de que un porcentaje significativo de mujeres con dismenorrea sufren dolor severo e incapacitante, en general no se está recomendando el tratamiento con opiáceos, solos o en combinación con un antiinflamatorio no esteroideo. Esta falta de atención ha dado lugar a que en el tratamiento del dolor dismenorreico con un antiinflamatorio no esteroideo en monoterapia, conduzca al fracaso terapéutico o a un

efecto analgésico débil y a la continuidad del sufrimiento de las mujeres. Por este motivo, el personal del sector salud debe hacer un diagnóstico correcto y ofrecer un tratamiento adecuado a las mujeres que padecen de esta patología, con el fin de disminuir el malestar y ofrecer una mejor calidad de vida de estas pacientes.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando a los autores responsables.

Referencias

1. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006 Apr 1;332(7544):749-55. Epub 2006 Feb 16. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Latthe PM, Champaneria R, Khan KS. Dysmenorrhoea. *Clin Evid (Online)*. 2011 Feb 21;2011. pii: 0813. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
3. Morrow C, Naumburg EH. Dysmenorrhoea. *Prim Care*. 2009 Mar;36(1):19-32, vii. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Ortiz MI, Rangel-Flores E, Carrillo-Alarcón LC, Veras-Godoy HA. Prevalence and impact of primary dysmenorrhoea among Mexican high school students. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Dec;107(3):240-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Ortiz MI. Primary dysmenorrhoea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Sep;152(1):73-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD001751. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. French L. Dysmenorrhoea in adolescents: diagnosis and treatment. *Paediatr Drugs*. 2008;10(1):1-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Larroy CM, Crespo M, Meseguer C. Disminorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid: estudio de la prevalencia en función de la edad. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:11-22. | [Link](#) |
9. Juhász AG, Vincze G, Krasznai Z, Csorba R, Major T. Dysmenorrhoea in adolescent girls. *Orv Hetil*. 2005 Jan 2;146(1):27-32. | [PubMed](#) |
10. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, et al. Prevalence of primary dysmenorrhoea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Aug;27(8):765-70. | [PubMed](#) |
11. Jacks TH, Obed JY, Agida ET, Petrova GV. Dysmenorrhoea and menstrual abnormalities among postmenarcheal secondary school girls in Maiduguri

- Nigeria. Afr J Med Med Sci. 2005 Mar;34(1):87-9. | [PubMed](#) |
12. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol. 1982 Nov 15;144(6):655-60. | [PubMed](#) |
13. Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. Br J Obstet Gynaecol. 1996 Nov;103(11):1134-42. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. WHO (World Health Organization). Cancer pain relief, 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996.
15. Ortiz MI, Molina MA, Arai YC, Romanò CL. Analgesic drugs combinations in the treatment of different types of pain. Pain Res Treat. 2012;2012:612519. | [PubMed](#) | [PMC](#) |

Correspondencia a:

⁽¹⁾Dr. Eliseo Ramírez Ulloa 400
Col. Doctores
Pachuca, Hgo. 42090
México



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.