



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Actualización del diagnóstico y tratamiento de dismenorrea



G. Rubio Pérez^a, A. Quevedo Córdoba^a, L. Varela Silva^b y E. Álvarez Silvestres^{a,*}

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 4 de abril de 2024; aceptado el 3 de julio de 2024

Disponible en Internet el 5 de diciembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Dismenorrea;
Menstruación

Resumen La dismenorrea se define como el dolor de origen uterino durante la menstruación. Es uno de los síntomas más frecuentes en las mujeres en edad fértil y una causa importante de absentismo escolar o laboral, así como un motivo frecuente de consulta programada o urgente.

En el diagnóstico resulta de gran importancia realizar una adecuada anamnesis que incluya los antecedentes personales y gineco-obstétricos, una descripción detallada del dolor y la cronología respecto al inicio del sangrado menstrual y tratamientos previos. La ecografía no está indicada de forma rutinaria y es la prueba de elección en aquellos casos en los que se sospeche alguna patología pélvica como causa de dismenorrea.

Tanto el paracetamol como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) han demostrado una eficacia superior en el alivio del dolor respecto al placebo. El tratamiento hormonal, ya sea con anticonceptivos hormonales combinados como con solo gestágenos, se considera un tratamiento eficaz para la dismenorrea primaria y la secundaria.

En la reciente Ley Orgánica 1/2023 se dispone que la dismenorrea incapacitante tenga cobertura por la prestación de incapacidad temporal a través de la creación de un nuevo tipo especial de esta contingencia «a fin de conciliar el derecho a la salud con el empleo».

© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

KEYWORDS

Dysmenorrhoea;
Menstruation

Update on the diagnosis and treatment of dysmenorrhoea

Abstract Dysmenorrhea is defined as pain of uterine origin during menstruation. It's one of the most frequent symptoms in women of childbearing age and an important cause of school or work absenteeism as well as a frequent reason for scheduled or urgent consultation.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lacuentadealvarez@gmail.com (E. Álvarez Silvestres).

In the diagnosis, it's of great importance to take an adequate anamnesis that includes personal and gynecological-obstetric history, detailed description of the pain and chronology regarding the beginning of menstrual bleeding and previous treatments. Ultrasound is not routinely indicated and is the test of choice in those cases in which pelvic pathology is suspected as the cause of dysmenorrhea.

Both Paracetamol and NSAIDs have demonstrated superior efficacy in relieving pain compared to placebo. Hormonal treatment with either

combined hormonal contraceptives or progestin-only contraceptives is considered an effective treatment for primary and secondary dysmenorrhea.

The recent Organic Law 1/2023 provides for disabling dysmenorrhea to be covered by the temporary incapacity benefit through the creation of a new special type of this contingency «in order to reconcile the right to health with employment».

© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La dismenorrea se define como el dolor de origen uterino durante la menstruación. Es uno de los síntomas más frecuentes en las mujeres en edad fértil, variando ampliamente su intensidad, siendo los casos severos un importante motivo de consulta, de asistencia a urgencias, de limitación de la vida diaria y de disminución de la productividad tanto en un ámbito académico como laboral.

Se pueden distinguir dos tipos principales:

Dismenorrea primaria: es aquella que ocurre en ausencia de patología objetivable que pueda asociar dichos síntomas. Se trata de un diagnóstico de exclusión.

Dismenorrea secundaria: es aquella que ocurre de manera directa o indirecta a una patología, por ejemplo, endometriosis, miomas uterinos, etc. Se acompaña de una clínica específica dependiendo de la etología, además del dolor menstrual, el cual puede tener características diferentes a la dismenorrea primaria (resistencia a tratamientos, dolor ginecológico fuera de la menstruación, etc.).

En cuanto a la intensidad del dolor, se han diferenciado tres niveles:

- Leve: el dolor que acompaña a la menstruación es de poca intensidad, aparece el primer día y no hay presencia de síntomas neurovegetativos. Habitualmente no requiere analgésicos y no impide la actividad cotidiana normal.
- Moderada: la intensidad del dolor es considerable, necesitando de analgesia para poder llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria. Puede estar acompañado de sintomatología no ginecológica de intensidad leve.
- Severa: el dolor es descrito como intenso y suele estar acompañado de otros síntomas no ginecológicos, como astenia, labilidad emocional, náuseas, vómitos, diarrea, etc. La sintomatología limita totalmente las actividades diarias y requiere reposo y encamamiento mientras duran los síntomas.

Epidemiología

La prevalencia de la dismenorrea es difícil de cuantificar, estimándose desde un 45% a un 95% en mujeres en edad fértil¹, siendo severa de un 2% a un 29%. Se considera la patología ginecológica más frecuente de la mujer en edad fértil, independientemente de la edad o de la raza. La dismenorrea es más frecuente (70-90%) en mujeres menores de 24 años.

Esta variabilidad en la prevalencia puede ser explicada por las diferentes metodologías de los estudios y la propia percepción subjetiva del dolor entre diferentes países y culturas.

La dismenorrea puede afectar la calidad de vida de las pacientes, diferentes estudios avalan que del 13 al 51% de las mujeres han tenido que cesar sus actividades cotidianas al menos una vez por este motivo, y hasta un 14% de manera reiterada^{2,3}.

Factores de riesgo

La severidad del dolor menstrual está asociada a la duración del mismo, la menarquia temprana, el tabaco, la obesidad y el consumo de alcohol⁴.

Se ha asociado un aumento de incidencia de dismenorrea, tanto primaria como secundaria, en pacientes con altos niveles de estrés, depresión y problemas sociales¹.

Etiopatogenia

Las prostaglandinas que se liberan al inicio de la menstruación cuando se descama el endometrio desempeñan un importante papel provocando contracciones uterinas y elevando el tono basal uterino. Cuando la presión del tono uterino supera la presión arterial, se produce isquemia uterina, liberándose y acumulándose metabolitos que estimulan los receptores del dolor provocando la clínica.

Así, en las pacientes con dismenorrea primaria, se han hallado niveles más elevados de prostaglandina E2 y F2alfa en tejido endometrial y en secreciones menstruales, y esto a su vez, se ha correlacionado directamente con la intensidad del cuadro⁴. También se ha objetivado que estas pacientes presentan mayor resistencia al flujo sanguíneo en las arterias uterinas mediante ecografía Doppler⁴.

Diagnóstico

La dismenorrea primaria suele comenzar a los seis a 12 meses de la menarquía, cuando los ciclos son ovulatorios, y disminuye su prevalencia con el aumento de la edad en un gran número de pacientes. El dolor habitualmente inicia 24-48 horas antes de comenzar con el sangrado menstrual, aunque puede aparecer después de empezar la menstruación; dura de ocho a 72 horas y llega a su pico máximo de intensidad a las 24-36 horas⁵.

El dolor se define como de tipo cólico, como un calambre, localizado en la parte inferior del abdomen, en el área suprapúbica, pudiendo aparecer irradiación a la región lumbar o hacia los miembros inferiores. El dolor fuera de la línea media debe orientar hacia una dismenorrea secundaria.

Además del dolor, la dismenorrea suele estar asociada a otros síntomas. Los más frecuentes son cefalea, astenia, alteraciones del sueño, mialgias y artralgias, mastalgia, síntomas gastrointestinales (dispepsia, diarrea y náuseas) y síntomas psicológicos (ansiedad, irritabilidad, depresión o nerviosismo)⁶.

Aproximación clínica

El diagnóstico de dismenorrea primaria se basa fundamentalmente en la historia clínica y en la exploración física, con el objetivo principal de excluir las causas de dismenorrea secundaria⁶.

La evaluación inicial debe incluir una historia clínica amplia que abarque los siguientes puntos: antecedentes personales, ginecológicos y obstétricos (prestando especial atención a la fórmula menstrual de la paciente), historia sexual y método anticonceptivo, anamnesis detallada describiendo la localización del dolor, frecuencia, síntomas asociados, duración y temporalidad respecto al sangrado menstrual.

Se deben considerar los siguientes síntomas y/o signos de alerta y valorar una evaluación para determinar las causas secundarias de la dismenorrea⁷.

- 1) Dismenorrea con mala respuesta al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o anticoncepción hormonal (anticonceptivos hormonales combinados [AHC]) después de tres ciclos.
- 2) Mujeres con dismenorrea que se inicia dos años o más tras la menarquía o presentan dismenorrea que empeora progresivamente.
- 3) Masa pélvica palpable en el examen vaginal o rectal.
- 4) Síntomas que sugieren dismenorrea secundaria, como sangrado uterino anormal (menorragia y sangrado intermenstrual), dolor a mitad del ciclo o acíclico, dispareunia profunda, subfertilidad y flujo vaginal mucopurulento.

Historia clínica

Muchas mujeres consideran el dolor menstrual como algo normal e inevitable y puede no ser el motivo de consulta durante la entrevista clínica.

El objetivo principal del profesional debe ser identificar la dismenorrea y realizar un diagnóstico diferencial adecuado para distinguir entre primaria y secundaria.

La historia clínica debe incluir la descripción detallada del dolor, incluyendo el tipo, localización, irradiación, síntomas asociados y cronología respecto al inicio del sangrado menstrual, siendo importante filiar correctamente la duración y la intensidad de los síntomas, para poder clasificarla como leve, moderada o severa⁸⁻¹⁰. El dolor abdominal asociado a síntomas llamativos gastrointestinales o urinarios, sobre todo si ocurre fuera del periodo menstrual, debe orientar a una etiología no ginecológica.

Debemos preguntar tanto por antecedentes personales como gineco-obstétricos, incluyendo la fórmula menstrual, la paridad y el método anticonceptivo que se esté utilizando en el momento actual^{8,9}. La historia sexual también adquiere relevancia, sobre todo en aquellas pacientes con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria o pacientes que hayan sufrido violencia sexual.

Se debe registrar cualquier patología que pueda influir en el pronóstico o en el tratamiento; como antecedentes de enfermedad psiquiátrica, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes tromboticos, migrañas, etc. Es necesario analizar los tratamientos previos que haya recibido la paciente, la eficacia que han tenido y si ha habido una adherencia terapéutica adecuada, sobre todo en adolescentes, ya que hay estudios que demuestran que un alto porcentaje de estas pacientes con tratamiento específico para la dismenorrea no lo tomaban adecuadamente¹¹.

El diagnóstico diferencial de la dismenorrea secundaria con la endometriosis puede llegar a ser complejo, sobre todo teniendo en cuenta las diferentes manifestaciones clínicas de esta patología. En la endometriosis, la dismenorrea suele ser su síntoma principal y el más frecuente, y suele presentar las características de dismenorrea secundaria: inicio y persistencia fuera del sangrado, dolor de inicio brusco y más definido, inicio después de la adolescencia. Pero, la dismenorrea secundaria no es patognomónica de la endometriosis, y puede ser secundaria a adenomiosis, úteros miomatosos, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras. En aquellas pacientes donde la dismenorrea secundaria se asocia a problemas de infertilidad se debe sospechar una endometriosis. Dependiendo de la localización de los implantes, es posible encontrar síntomas adicionales, como dispareunia, disquencia, disuria, tenesmo vesical o rectal, nódulos en cicatrices abdominales, etc., que habiendo descartado otras causas y en el contexto de una dismenorrea, pueden dirigirnos al diagnóstico de endometriosis.

Exploración física y pruebas complementarias

El objetivo fundamental es descartar las causas secundarias que puedan justificar la dismenorrea e identificar las patologías que estén asociadas a la dismenorrea secundaria.

Se debe realizar una exploración abdominal a todas las pacientes para descartar cualquier masa abdominal. En mujeres que no han tenido relaciones sexuales con historia sugestiva de dismenorrea primaria, la exploración ginecológica no es necesaria, si bien puede ser útil la exploración de genitales externos sobre todo en adolescentes para descartar patología himeneal. Por el contrario, en pacientes en las que la clínica nos haga sospechar de patología secundaria, el examen ginecológico está indicado. Este debe incluir inspección de genitales externos, tacto vaginal combinado, valoración del dolor a la movilización cervical y de puntos dolorosos a nivel de fondos de saco vaginales y tabique rectovaginal.

El diagnóstico diferencial de la dismenorrea secundaria con la endometriosis puede llegar a ser complejo. En la endometriosis, la dismenorrea suele ser su síntoma principal y el más frecuente, y suele presentar las características de dismenorrea secundaria (inicio y persistencia fuera de la menstruación, dolor de inicio brusco y más definido, e inicio después de la adolescencia). Pero, la dismenorrea secundaria no es patognomónica de endometriosis, y puede ser secundaria a adenomiosis, úteros miomatosos, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras. En aquellas mujeres donde la dismenorrea secundaria se asocia a problemas de fertilidad se debe sospechar una endometriosis. Dependiendo de la localización de los implantes, es posible encontrar síntomas adicionales, como dispareunia, disquencia, disuria, tenesmo vesical o rectal, nódulos en cicatrices abdominales, etc., que pueden dirigirnos al diagnóstico de endometriosis.

Los estudios de laboratorio, por regla general, no han demostrado utilidad en el diagnóstico de dismenorrea primaria, por lo que no se recomienda su petición sistemática¹⁰. El antígeno del cáncer 125 (Ca125) es un marcador asociado a la endometriosis y a otras patologías ginecológicas, pero teniendo en cuenta su baja especificidad y sensibilidad, no se recomienda solicitarlo en ausencia de masa pélvica visualizada en cualquier prueba de imagen.

No hay evidencia del uso rutinario de la ecografía en la evaluación inicial de la dismenorrea^{10,11}.

Se debe solicitar un examen de ultrasonido transvaginal a todas aquellas pacientes en las que tengamos sospecha de dismenorrea secundaria. La ecografía es una técnica no invasiva, con mínimos efectos secundarios y con una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de patología ginecológica, lo que la convierte en la técnica de elección ante la sospecha de patología pélvica. En pacientes en las que la exploración ginecológica sea insatisfactoria o imposible, sobre todo en adolescentes, la ecografía puede ser de ayuda para diagnosticar las causas secundarias, como masas pélvicas o malformaciones müllerianas.

La resonancia magnética está aportando resultados prometedores sobre todo en el diagnóstico de patología ginecológica, como miomas, adenomiosis, endometriosis profunda y malformaciones uterinas, pero debido a su alto coste, debe reservarse para casos individualizados de dismenorrea secundaria o dismenorrea que no responda a tratamiento.

La laparoscopia diagnóstica/exploradora se debe realizar para el diagnóstico definitivo ante una sospecha de endometriosis profunda.

En resumen, en la historia clínica de la paciente con dismenorrea debemos registrar:

- Antecedentes personales.
- Fórmula menstrual.
- Historia sexual, incluyendo los antecedentes de enfermedad de transmisión sexual y de violencia o abuso sexual.
- Inicio de la dismenorrea respecto a la menarquia.
- Tipo de dolor y cronología respecto al inicio del sangrado menstrual.
- Características del dolor, severidad e impacto en la vida diaria.
- Presencia de depresión, ansiedad o patología psiquiátrica.
- Tratamientos previos.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento consiste en reducir la sintomatología lo suficiente hasta que la paciente la considere tolerable para poder realizar sus actividades cotidianas sin limitaciones, disminuyendo el absentismo laboral/escolar¹².

En las pacientes que presenten clínica e historia compatibles con dismenorrea primaria, es posible ofrecer iniciar el tratamiento empírico, ya sea con analgesia o con anticonceptivos como tratamiento de primera línea, evaluando su respuesta a partir de los tres meses^{8,9}.

Para optimizar la eficacia del tratamiento, la toma de decisiones consensuada médico-paciente que informe sobre los riesgos y beneficios de las diferentes terapias sobre la dismenorrea permite una adherencia adecuada, mejora la satisfacción de la paciente a los tratamientos pautados y permite una comunicación más fluida. Se deben tener en cuenta los deseos de la paciente a la hora de elegir el tratamiento, su objetivo en la planificación familiar y las contraindicaciones potenciales^{8,9,13}.

Paracetamol

El paracetamol es un analgésico con un débil efecto inhibidor de la ciclooxigenasa. Actúa a nivel central elevando el umbral del dolor. Tiene una buena tolerancia gastrointestinal y no tiene efectos en la hemostasia.

El paracetamol es superior al placebo en el tratamiento de la dismenorrea primaria, sobre todo en aquellas de intensidad leve-moderada¹⁴.

Antiinflamatorios no esteroideos

Uno de los factores principales en la fisiopatología de la dismenorrea es la elevada producción de prostaglandinas uterinas. Los AINE son analgésicos que actúan fundamentalmente inhibiendo el proceso ciclooxigenasa/prostaglandin endoperoxide-H synthase (PGHS)1 y PGHS-2, enzimas implicadas en el proceso de formación de las prostaglandinas, teniendo una importante función proinflamatoria¹⁴.

En una revisión de Cochrane¹⁵ se ha demostrado que son muy superiores al placebo en la disminución del dolor de la dismenorrea, aunque también con mayor tasa de efectos secundarios. Hay estudios que demuestran que las pacientes que reciben tratamiento con AINE son menos propensas

Tabla 1 Contraindicaciones para el tratamiento con AHC según los criterios de elegibilidad de la OMS

Antecedentes de accidente cerebrovascular.
Cardiopatía isquémica actual o con antecedentes.
Migraña con aura.
Cirrosis descompensada.
Enfermedad vascular asociada a la diabetes (nefropatía, retinopatía, neuropatía, etc.) o diabetes de > 20 años de duración.
Cáncer de mama actual.
Hipertensión no controlada (cifras de TAS > 160 o TAD > 100).
Vasculopatía hipertensiva.
Fumadoras de > 35 años que fuman > 15 cigarrillos / día.
Hepatitis viral aguda.
Lactancia materna.
Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
Miocardopatía periparto con función cardíaca normal o con alteración leve durante los primeros seis meses tras el parto.
Miocardopatía periparto con alteración moderada o grave.
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
Mutaciones trombotogénicas.
Antecedentes de adenoma hepatocelular o hepatoma.
Primeros 21 días posparto en mujeres no lactantes.
Trasplante de órgano sólido con complicaciones.
Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar.
Cualquier supuesto de inmovilización prolongada (p. ej., cirugías mayores).
Valvulopatías cardíacas con complicaciones

AHC: anticonceptivos hormonales combinados; OMS: Organización Mundial de la Salud; TAD: tensión arterial diastólica; TAS: tensión arterial sistólica.

a ver afectadas sus actividades de la vida diaria. Cuando se comparan entre ellos presentan una eficacia y seguridad equivalente¹³.

Se debe iniciar el tratamiento al principio del sangrado menstrual a la dosis mínima e ir escalando hasta la dosis máxima recomendada si fuera necesario, siendo habitual que el tratamiento no sea necesario prolongarlo más allá de 48-72 horas¹³.

Terapia hormonal: anticoncepción hormonal

Anticonceptivos hormonales combinados

La inhibición de la ovulación y la limitación del crecimiento endometrial generado por los AHC ha demostrado una clara mejoría de la dismenorrea respecto al placebo^{13,16-20}.

El tratamiento con AHC también ha demostrado reducir el absentismo escolar y laboral.

Las pautas continuas son más efectivas que las pautas cíclicas, por lo que en pacientes que presenten mejoría parcial del dolor con AHC puede ser una opción adecuada de tratamiento^{21,22}.

Cabe destacar que la mayoría de los estudios no diferencian entre dismenorrea primaria o secundaria y, aun así, los AHC han demostrado su eficacia en ambos tipos²³.

Por regla general, el tratamiento con AHC se considera eficaz para la dismenorrea primaria y la secundaria, por lo que es razonable iniciarlo incluso en aquellas pacientes en las que todavía se desconoce la causa.

Es frecuente que el tratamiento con AHC esté contraindicado en un número nada despreciable de pacientes, por eso es importante realizar una anamnesis correcta, pregun-

tando activamente por cualquier antecedente o patología que puedan limitar su uso²⁴.

En la [tabla 1](#) se observan las contraindicaciones para el tratamiento con AHC según los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴.

La OMS en 2019, también ha lanzado una aplicación (disponible para Android y Apple) para los criterios médicos de elegibilidad de AHC. Esta herramienta digital facilita la elección de un AHC seguro, eficaz y aceptable para las mujeres con afecciones médicas²⁵.

La eficacia terapéutica y las contraindicaciones son equivalentes para las diferentes vías de administración tales como el anillo vaginal o los implantes²⁴.

Se debe evitar el uso de AHC siempre que exista otra alternativa terapéutica en las siguientes patologías²⁴:

- Cirugía bariátrica restrictiva (AHC oral).
- Antecedentes de colestasis.
- Patología de la vesícula biliar actual o a tratamiento.
- Antecedentes de cáncer de mama.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Esclerosis múltiple con inmovilidad prolongada.
- Fumadoras de > 35 años que fumen < 15 cigarrillos/día.
- Hipertensión arterial.

Métodos solo gestágenos

El mecanismo de actuación de los métodos solo gestágenos (MSG) es similar a los AHC, inhibiendo la ovulación y reduciendo la cantidad de sangrado menstrual.

El tratamiento con gestágenos ha demostrado ser una alternativa útil en aquellas pacientes que no deseen o pre-

sentan contraindicaciones para la terapia con AHC, con efectos similares en cuanto a la disminución del dolor y con menos efectos secundarios²⁶⁻²⁸.

Según los criterios de elegibilidad de la OMS²⁴, serían contraindicaciones (clasificación III: situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método):

- Antecedente de cáncer de mama.
- Sangrado uterino anormal de causa no identificada.
- Cirrosis hepática descompensada.
- Tumores hepáticos (adenomas benignos o hepatocarcinoma).
- Antecedente de cirugía bariátrica con técnicas malabsorptivas.
- Tratamiento crónico con fármacos inductores del citocromo p450.

Se ha demostrado la eficacia para el tratamiento de la dismenorrea del sistema intrauterino (DIU) de levonorgestrel^{13,29}. Se ha validado, incluso, como un método seguro en nulíparas y adolescentes³⁰.

Terapias complementarias

Actividad física

Se ha asociado la actividad física y el deporte con la reducción de los síntomas de dismenorrea³¹, posiblemente mediante un aumento del flujo sanguíneo al útero y la liberación de endorfinas junto con la reducción del estrés y la ansiedad³².

Una revisión de Cochrane en 2019³² sobre ejercicio y dismenorrea, comparando el ejercicio vs. placebo y ejercicio vs. AINE, concluye que, aunque la evidencia es de baja calidad, se observa que el ejercicio realizado durante 45-60 minutos, tres o más veces por semana, independientemente de la intensidad, proporciona una reducción clínica de la intensidad de la dismenorrea. Dado los beneficios demostrados del ejercicio para la salud y el bajo riesgo de efectos secundarios, se debe recomendar a las mujeres con dismenorrea la realización ejercicio físico regular.

Calor local

La aplicación de calor local puede reducir la tensión muscular y relajar los músculos abdominales disminuyendo el dolor causado por los espasmos musculares. El calor también puede aumentar la circulación sanguínea pélvica eliminando la retención local de sangre con la subsiguiente disminución de la congestión pélvica, permitiendo así una reducción del dolor causado por la compresión nerviosa³³.

La aplicación de calor local en el hipogastrio es comparable al tratamiento con AINE y es superior al placebo. Se ha visto que el alivio de los síntomas es más rápido al utilizar de forma combinada calor local y AINE^{34,35}. Akin et al., refieren que la aplicación de calor local puede ser significativamente mejor que el paracetamol¹⁴. Debido a la seguridad de la técnica y la accesibilidad, es razonable recomendar la aplicación de calor local en las pacientes con dismenorrea, ya sea en aquellas que estén tomando otros tratamientos o en las que no estén con ninguno.

Estimulación eléctrica transcutánea nerviosa

La estimulación eléctrica transcutánea nerviosa (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* [TENS]) consiste en el uso de electrodos para estimular diferentes áreas de la piel con distintas frecuencias e intensidades con el objetivo de modificar la percepción del dolor, es decir es la aplicación superficial de corriente eléctrica de alta frecuencia (50-150 Hz) y baja intensidad (inferior al umbral motor).

Su mecanismo de acción se basa en lo siguiente⁵:

- Funciona enviando impulsos eléctricos a través de la raíz nerviosa, lo que eleva el umbral de recepción del dolor.
- Libera endorfinas.
- Reduce la hipoxia y la isquemia en los músculos uterinos al inducir la vasodilatación.

Algunos estudios han demostrado la eficacia de la TENS en el control de los síntomas de la dismenorrea³⁶, sin embargo, no se ha logrado comprobar que sea superior a las terapias farmacológicas³⁷, puede ser una alternativa útil en pacientes que no puedan o no deseen tomar tratamiento, o como complemento en aquellos casos en los que el tratamiento farmacológico no sea del todo efectivo.

La TENS no requiere de un profesional especializado para usarlo, pudiendo tener las pacientes el equipo en sus domicilios para administrarlo a demanda.

Consideraciones éticas

No se han realizado experimentos ni ensayos con pacientes. Son datos procedentes de la revisión de la literatura científica.

Financiación

No ha existido financiación para la realización de este trabajo.

Contribución de los autores

Por igual entre todos los firmantes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ*. 2006;332:1134-8, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7550.1134>.
2. Schoep ME, Adang EMM, Maas JWM, De Bie B, Aarts JWM, Nieboer TE. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ Open*. 2019;9, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026186>, e026186.

3. Weissman AM, Hartz AJ, Hansen MD, Johnson SR. The natural history of primary dysmenorrhea: a longitudinal study. *BJOG*. 2004;111:345–52, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00090.x>.
4. Lundström V, Gréen K. Endogenous levels of prostaglandin F2alpha and its main metabolites in plasma and endometrium of normal and dysmenorrheic women. *Am J Obstet Gynecol*. 1978;130:640–6, [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(78\)90320-4](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(78)90320-4).
5. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol*. 2020;136:1047–58, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004096>.
6. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, Khajah HMJ. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med*. 2022;43:101–8, <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.21.0103>.
7. Ho OFH, Logan S, Chua YX. Approach to dysmenorrhea in primary care. *Singapore Med J*. 2023;64:203–8, <http://dx.doi.org/10.4103/SINGAPOREMEDJ.SMJ-2021-303>.
8. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2014;89:341–6.
9. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39:585–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.023>.
10. Kho KA, Shields JK. Diagnosis and Management of Primary Dysmenorrhea. *JAMA*. 2020;323:268–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.16921>.
11. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;144:655–60, [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(82\)90433-1](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(82)90433-1).
12. ACOG. ACOG Committee Opinion No.760 Dysmenorrhea Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018;132:e249–58, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002978>.
13. Christensen K. Dysmenorrhoea: An update on primary health-care management. *Aust J Gen Pract*. 2024;53(1–2):19–22, <http://dx.doi.org/10.31128/AJGP/04-23-6815>.
14. Akin M, Price W, Rodriguez G Jr, Erasala G, Hurley G, Smith RP. Continuous, low-level, topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. *J Reprod Med*. 2004;49:739–45.
15. Bindu S, Mazumder S, Bandyopadhyay U. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. *Biochem Pharmacol*. 2020;180, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bcp.2020.114147>, 114147.
16. Ekström P, Juchnicka E, Laudanski T, Akerlund M. Effect of an oral contraceptive in primary dysmenorrhea-changes in uterine activity and reactivity to agonists. *Contraception*. 1989;40:39–47, [http://dx.doi.org/10.1016/0010-7824\(89\)90026-7](http://dx.doi.org/10.1016/0010-7824(89)90026-7).
17. Milsom I, Sundell G, Andersch B. The influence of different combined oral contraceptives on the prevalence and severity of dysmenorrhea. *Contraception*. 1990;42:497–506, [http://dx.doi.org/10.1016/0010-7824\(90\)90078-a](http://dx.doi.org/10.1016/0010-7824(90)90078-a).
18. Robinson JC, Plichta S, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger M. Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:578–83, [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(92\)91676-2](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(92)91676-2).
19. Schroll JB, Black AY, Farquhar C, Chen I. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;7, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002120.pub4>. CD002120.
20. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*. 2002;66:393–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0010-7824\(02\)00414-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0010-7824(02)00414-6).
21. Dmitrovic R, Kunselman AR, Legro RS. Continuous compared with cyclic oral contraceptives for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119:1143–50, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318257217a>.
22. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004695.pub3>. CD004695.
23. Shi J, Leng J. Effect and safety of drospirenone and ethinylestradiol tablets (II) for dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9, <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.938606>, 938606.
24. WHO. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5 ed. Geneva: World Health Organization; 2015.
25. New App for WHO's Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>
26. Iwata M, Oikawa Y, Shimizu Y, Sakashita N, Shoji A, Igarashi A, et al. Efficacy of Low-Dose Estrogen-Progestins and Progestins in Japanese Women with Dysmenorrhea: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Adv Ther*. 2022;39:4892–909, <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-022-02298-9>.
27. Al-Jefout M, Nawaiseh N. Continuous Norethisterone Acetate versus Cyclical Drospirenone 3 mg/Ethinyl Estradiol 20 µg for the Management of Primary Dysmenorrhea in Young Adult Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29:143–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpaa.2015.08.009>.
28. Ahrendt HJ, Karck U, Pichl T, Mueller T, Ernst U. The effects of an oestrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with cyclical symptoms: results from two studies on oestrogen-related symptoms and dysmenorrhoea. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2007;12:354–61, <http://dx.doi.org/10.1080/13625180701536771>.
29. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;4:CD002126, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002126>.
30. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12 Suppl 1:7–17, <http://dx.doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217>.
31. Golomb LM, Solidum AA, Warren MP. Primary dysmenorrhea and physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 1998;30:906–9, <http://dx.doi.org/10.1097/00005768-199806000-00020>.
32. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, et al. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004142.pub4>. CD004142.
33. Potur DC, Kömürçü N. The effects of local low-dose heat application on dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27:216–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpaa.2013.11.003>.
34. Igwea SE, Tabansi-Ochuogu CS, Abaraogu UO. TENS and heat therapy for pain relief and quality of life improvement in individuals with primary dysmenorrhea: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;24:86–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.00>.
35. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecol*. 2001;97:343–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0010-7844\(00\)01163-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0010-7844(00)01163-7).

36. Lee B, Hong SH, Kim K, Kang WC, No JH, Lee JR, et al. Efficacy of the device combining high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation and thermotherapy for relieving primary dysmenorrhea: a randomized, single-blind, placebo-controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;194:58–63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.020>.
37. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2002, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002123>. CD002123.