

PROTOCOLO SAGO DE DISMENORREA

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Francisca Hurtado Sánchez Pablo Romero Duarte	Jesús C. Presa Lorite Gabriel Fiol Ruiz	01/06/2025
		Fecha revisión 09/06/2025

INDICE

- 1- Definición
- 2- Impacto de la Dismenorrea
- 3- Tipos:
 - Dismenorrea Primaria
 - Dismenorrea secundaria
- 4- Diagnóstico
 - Anamnesis
 - Pruebas de laboratorio
 - Pruebas de imagen
- 5- Etiología /Diagnóstico diferencial:
 - Tratamiento de la causa subyacente
- 6- Tratamientos farmacológicos
 - AINES/Acetaminofeno
 - COXIBs
 - Anticonceptivos Hormonales
 - Análogos de GnRH
- 7- Tratamientos no farmacológicos
 - Ejercicio Físico
 - Calor
 - Terapias electro-magnéticas
 - Nutrición
 - Acupuntura
 - Terapias Cognitivas

1. DEFINICIÓN

La dismenorrea se define como el dolor recurrente localizado en hipogastrio y asociado a la menstruación. Generalmente es percibido por las pacientes como episodios espasmódicos de origen uterino y suele coincidir con el flujo menstrual, aunque en ocasiones precede al mismo.

2. IMPACTO DE LA DISMENORREA

- **Prevalencia:** la dismenorrea afecta al 50–90% de las mujeres en edad reproductiva. En mujeres jóvenes (<25 años), la prevalencia alcanza el 71.1%
- **Impacto académico y laboral:** aproximadamente el 20% de las mujeres jóvenes reportan ausencias escolares o universitarias debido a la dismenorrea, y el 40.9% experimentan disminución en el rendimiento académico. En el ámbito laboral, se asocia con disminución de la productividad y aumento del absentismo y del presentismo.
- **Impacto en la calidad de vida:** la dismenorrea se relaciona con trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión, afectando negativamente la calidad de vida.

3. TIPOS DE DISMENORREA

3.1. Dismenorrea Primaria

- **Características clínicas:** dolor tipo cólico en la región suprapúbica, que puede irradiarse a la espalda o muslos, iniciándose justo antes o al comienzo de la menstruación y durando entre 8 y 72 horas. Puede acompañarse de síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, fatiga y cefalea
- **Factores de riesgo:** menarquia temprana (<12 años), ciclos menstruales largos o abundantes, bajo índice de masa corporal, tabaquismo, antecedentes familiares de dismenorrea, y estrés psicológico.

3.2 Dismenorrea Secundaria

- **Etiologías comunes:** endometriosis, adenomiosis, miomas uterinos, malformaciones müllerianas, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos endometriales, quistes ováricos y estenosis cervical
- **Indicadores clínicos:** inicio del dolor en edades mayores (>25 años), dolor que no responde a tratamientos convencionales (AINEs, anticonceptivos hormonales), dispareunia, sangrado menstrual anormal, y síntomas gastrointestinales o urinarios asociados.
- **Diagnóstico diferencial con:** enfermedad inflamatoria intestinal, sdr. Intestino irritable, trastorno psicógeno,...

4. DIAGNÓSTICO

4.1. Anamnesis

Una historia clínica detallada y dirigida es esencial para diferenciar entre dismenorrea primaria y secundaria:

- **Inicio y patrón del dolor:** edad de aparición, relación con el ciclo menstrual, duración e intensidad.
- **Síntomas asociados:** náuseas, vómitos, diarrea, dispareunia, sangrado anormal.
- **Historia ginecológica:** regularidad de los ciclos, uso de anticonceptivos, antecedentes de infecciones pélvicas.
- **Impacto funcional:** ausentismo escolar o laboral, limitaciones en actividades diarias.

4.2. Examen físico

Exploración física para detectar posibles anomalías uterinas o pélvicas, como fibromas, quistes o endometriosis, que pueden ser la causa de la dismenorrea secundaria.

4.3. Pruebas de imagen

El uso adecuado de las pruebas de imagen es clave en el abordaje de la dismenorrea, especialmente para el diagnóstico de las formas secundarias. Su objetivo es identificar o descartar patología estructural ginecológica que pueda justificar el dolor. Las principales herramientas son la ecografía (transvaginal o transabdominal) y la resonancia magnética (RM) pélvica. (Tabla 1)

Tabla 1. Uso Racional y coste efectividad de pruebas imagen en dismenorrea

PRUEBA DE IMAGEN	Indicado como	Utilidad Principal	Coste-Efectividad
Ecografía Transvaginal	Primera línea	Miomas, adenomiosis, endometriomas	Alta
Ecografía Transabdominal	Alternativa en mujeres sin inicio de relaciones sexuales	Evaluación general del útero y ovarios, miomas de gran tamaño	Media-Baja
Resonancia Magnética	Casos complejos o diagnóstico incierto	Endometriosis profunda, adenomiosis, malformaciones müllerianas	Alta (en casos seleccionados)

5. ETIOLOGÍA

Para garantizar unos mejores resultados sobre la paciente, debemos de individualizar el tratamiento que indiquemos a nuestra paciente, este se seleccionará en función de la información recogida en nuestra anamnesis y con la realización de las pruebas complementarias en el caso de que fueran necesarias.

Diferenciaremos la dismenorrea primaria de la secundaria, es esta última realizaremos el tratamiento de la causa subyacente.

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/escolar

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nota: Los tratamientos presentados van a estar orientados para el manejo de la dismenorrea primaria. Para el manejo de la dismenorrea secundaria y su causa subyacente (endometriosis, miomas, EPI, etc) se deriva consulta de su protocolo SAGO específico

6.1 AINEs/Paracetamol

- Paracetamol/Acetaminofeno: 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. Tratamiento de la dismenorrea primaria de intensidad leve-moderada
- AINEs: 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 proinflamatoria. 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 horas. No existe una evidencia sólida a la superioridad de un AINEs con respecto a otro, en algunos estudios concluyen cierta superioridad a los preparados con ac. mefenámico.

6.2 COXIBs

AINE selectivos de la COX-2 (coxibs). El único estudiado específicamente e indicado para el tratamiento de la dismenorrea (primaria) es el celecoxib, no son tratamiento de primera línea salvo en alérgicas a los AINEs o en personas con alto riesgo de toxicidad gastroduodenal relacionada con los AINE.

6.3 Anticonceptivos Hormonales

Regulan o suprimen la ovulación, reduciendo los síntomas menstruales. Se pueden administrar solos o en combinación con analgésicos/antiinflamatorios.

- Anticonceptivos hormonales combinados (AHC): 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. El tratamiento con AHC también ha demostrado reducir el absentismo escolar y laboral. Las pautas continuas son más efectivas que las pautas cíclicas.

Es frecuente que el tratamiento con AHC esté contraindicado en un número nada despreciable de pacientes, por eso es importante realizar una anamnesis correcta, preguntando activamente por cualquier antecedente o patología que puedan limitar su uso.

La eficacia terapéutica y las contraindicaciones son equivalentes para las diferentes vías de administración tales como: comprimidos (no parece existir una superioridad entre ellos para control del dolor según la dosis de estrógenos), anillo vaginal o parche transdérmico.

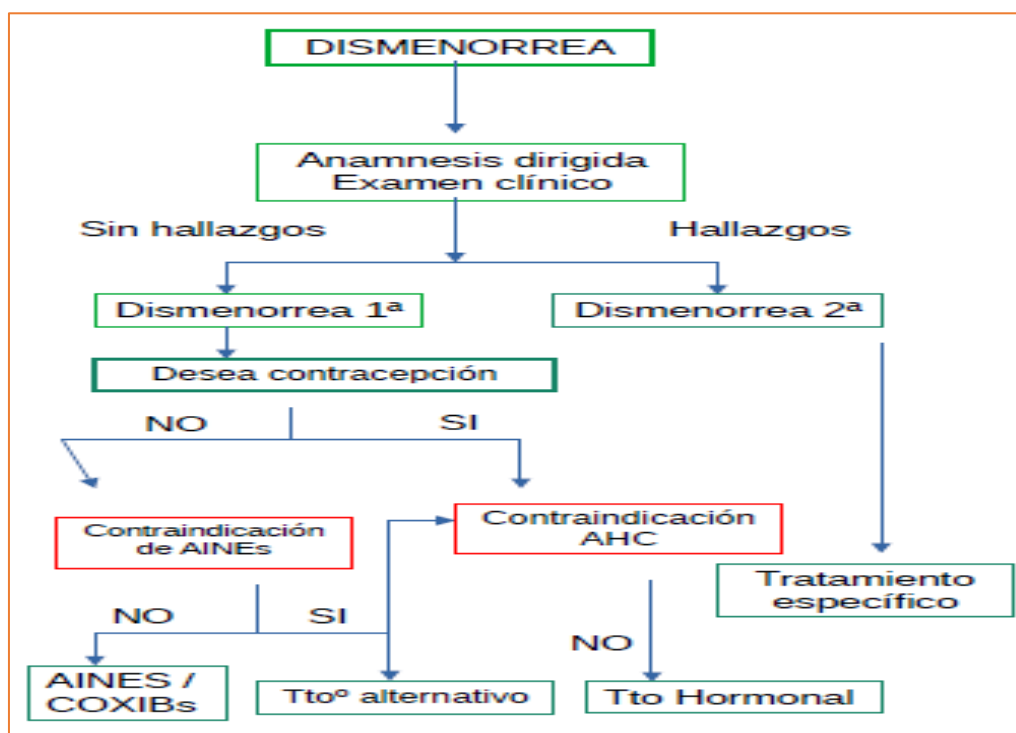
- Métodos con sólo gestágenos (MSG): El mecanismo de actuación de los métodos solo gestágenos (MSG) es similar a los AHC, inhibiendo la ovulación y reduciendo la cantidad de sangrado menstrual. El tratamiento con gestágenos ha demostrado ser una alternativa útil en aquellas pacientes que no deseen o presentan contraindicaciones para la terapia con AHC, con efectos similares en cuanto a la disminución del dolor y con menos efectos secundarios. Las formulaciones disponibles son:
 - Dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel. No se aconsejan los DIU no hormonales en pacientes con dismenorrea primaria, por aumento del dolor.
 - Dispositivos implantables liberadores de etonogestrel.
 - Píldoras sólo gestágenos.
 - Gestágenos vía intramuscular, acetato de medroxiprogesterona. No se recomienda su uso en mujeres adolescentes porque puede disminuir la densidad mineral ósea.

6.4 Análogos GnRH

Se pueden utilizar de forma empírica, en pacientes con dismenorrea crónica que deseen evitar

la cirugía. Se pueden usar antagonistas GnRH elagolix y relugolix ambos vía oral. O antagonistas como leuprolida (intramuscular) o nafarelina (intranasal). Las limitaciones del tratamiento con análogos de la GnRH incluyen efectos secundarios similares a los de la menopausia, el costo y la pérdida de densidad ósea con el uso prolongado. Pero eso el uso de ambos está reservado a pacientes con diagnóstico de endometriosis o alta sospecha.

Algoritmo de decisión en el tratamiento de la Dismenorrea



Adaptado de: Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K. Antiinflamatorios no esteroideos y anti-ceptivos hormonales para el alivio del dolor de la dismenorrea: una revisión. *Contraception* 2010; 81:185.

7. TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

7.1 Ejercicio Físico

Se ha asociado con una reducción de la dismenorrea y entre los posibles mecanismos se incluyen: aumento del flujo sanguíneo al útero y liberación de endorfinas con reducción del estrés y de la ansiedad. También se cree que provoca la liberación de citocinas antiinflamatorias y reduce los niveles de cortisol, disminuyendo la liberación de prostaglandinas.

Una revisión de Cochrane (2019) sugiere que el ejercicio realizado durante 45-60 minutos, tres o más veces por semana, independientemente de la intensidad, proporciona una reducción significativa de la intensidad de la dismenorrea. Otros estudios sugieren que el ejercicio físico durante ocho a doce semanas reduce la intensidad del dolor y, en menor medida, su duración.

Dado el bajo riesgo de efectos secundarios y sus beneficios generales para la salud, el ejercicio regular debe recomendarse a las mujeres con dismenorrea puesto que forma parte de un estilo de vida saludable que puede aliviar los síntomas.

7.2 Calor Local

Es un método natural, eficaz y de bajo coste que consiste en la aplicación directa de calor en la región suprapúbica.

La evidencia disponible sugiere que la terapia de calor disminuye de forma consistente el dolor menstrual en mujeres con dismenorrea primaria, en comparación con la terapia placebo.

El calor local hace su efecto porque relaja los músculos abdominales disminuyendo el dolor causado por espasmos. También puede aumentar la circulación sanguínea pélvica, disminuyendo la congestión pélvica, la hinchazón, el vasoespasmo y la isquemia.

La aplicación de calor local es comparable al tratamiento con AINEs y es superior al placebo. Se ha visto que el alivio de los síntomas es más rápido al usar de forma combinada calor local y AINEs. Algunos estudios sugieren que puede ser significativamente mejor que el paracetamol.

El calor superficial trata hasta 1 cm de profundidad, mientras que el calor profundo (diatermia de onda corta) trata de 2 a 5 cm.

Dada la seguridad de la técnica y la accesibilidad, es razonable recomendar la aplicación de calor local, ya sea sola o combinada con otros tratamientos. Las pacientes deben intentar primero la aplicación de calor superficial.

La aplicación del calor profundo presenta riesgo de quemaduras y de calor excesivo en la capa grasa de mujeres con IMC alto, además, está contraindicado en pacientes con implantes metálicos.

Es una alternativa económica y de bajo riesgo, aunque se necesitan más estudios comparando resultados a largo plazo y rentabilidad.

7.3 Terapias electro-magnéticas

La estimulación eléctrica transcutánea nerviosa (**Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation [TENS]**) emplea electrodos para estimular diferentes áreas de la piel con distintas frecuencias e intensidades para modificar la percepción del dolor. Es la aplicación superficial de corriente eléctrica de alta frecuencia (50-150 Hz) y baja intensidad (inferior al umbral motor). Envía impulsos a través de la raíz nerviosa, eleva el umbral de recepción del dolor, estimula la liberación de endorfinas y causa vasodilatación, que aumenta el flujo sanguíneo al miometrio y modula la liberación de prostaglandinas.

La TENS se puede administrar en dos niveles de frecuencia: baja (2-10 Hz) y alta (50-100 Hz). La TENS de alta frecuencia es más eficaz para aliviar el dolor que el placebo, mientras que la de baja

frecuencia no muestra eficacia en el alivio de la dismenorrea. Aun así, no se ha logrado demostrar que sea superior a las terapias farmacológicas.

Puede ser una alternativa útil en pacientes con contraindicaciones para AINEs, en quienes no deseen o no puedan tomar tratamiento farmacológico, o como terapia adyuvante. No requiere aplicación por parte de un profesional especializado, pudiendo usarse en casa a demanda.

Entre los potenciales efectos adversos destaca la rigidez muscular, migrañas, náuseas, enrojecimiento o ardor en la piel pero se considera en términos generales una intervención de bajo riesgo y buena tolerancia, por lo que se podría considerar como opción adicional.

Neuromodulación Sacra: Forma más invasiva que la TENS. Consiste en la estimulación eléctrica de raíces nerviosas sacras mediante electrodos implantados. Se utiliza habitualmente en casos *refractarios de dolor pélvico crónico*, cuando otras modalidades no invasivas no alivian el dolor. Un metaanálisis observó un beneficio significativo en la mejora del dolor (40-53%) hasta por dos años. Se necesita más investigación para extender su uso.

7.4 Nutrición

Cambios en la dieta: La función del ácido araquidónico como precursor de prostaglandinas sugiere la importancia de la dieta. Una dieta baja en grasas y rica en legumbres, semillas, frutas y verduras permiten disminuir la producción de ácido araquidónico. Implementar una nutrición adecuada es parte de un estilo de vida saludable que alivia los síntomas.

Varios estudios han explorado la eficacia de algunos nutrientes contra la dismenorrea.

- Calcio y magnesio. Efecto protector contra la dismenorrea ya que pueden regular la respuesta de las células musculares a los estímulos nerviosos mediante numerosas funciones. Aún no se ha determinado la dosis óptima para tratar o prevenir la dismenorrea.
- Aceite de oliva. Se ha demostrado que el oleocantal, presente en el aceite de oliva virgen extra, tiene efectos antiinflamatorios y antioxidantes e inhibe la amplitud de la contracción miometrial inducida por prostaglandinas.
- Ácidos grasos omega-3. La evidencia sugiere que una dieta rica en ácidos grasos omega-3 puede disminuir el dolor menstrual. Varios estudios han demostrado una disminución significativa del dolor menstrual en mujeres que consumen aceite de pescado.
- Vitamina D. Inhibe la síntesis de prostaglandinas, por lo tanto, se ha sugerido que detiene la producción excesiva de prostaglandinas presente en la dismenorrea primaria. Un estudio encontró que los niveles bajos de vitamina D están inversamente relacionados con la gravedad de la dismenorrea primaria y que la ingesta de vitamina D y calcio podría reducir su gravedad.

- Vitamina E. Reduce la formación de prostaglandinas al inhibir la liberación de ácido araquidónico y podía tener efectos positivos en el alivio del dolor de la dismenorrea primaria.

Suplementos Dietéticos: Se han analizado diferentes suplementos, encontrando datos limitados que respalden la eficacia de los mismos. La evidencia sobre su uso para mejorar el dolor en dismenorrea se consideró de baja calidad por tener los estudios revisados numerosas limitaciones.

La mayoría no ocasiona daño en la salud de las pacientes, pero se aconseja que lo revisen con los profesionales sanitarios para asegurar que no interfieran con otros medicamentos.

7.5 Acupuntura

Su mecanismo de acción exacto no se ha definido con precisión, se plantea que interactúa con los nervios periféricos y modula la neurotransmisión en la médula espinal.

Una revisión Cochrane de 42 ensayos controlados aleatorizados que compararon la acupuntura con placebo, terapia farmacológica o tratamientos alternativos para la dismenorrea, no encontró evidencia consistente que sugiriera que la acupuntura es superior.

Si bien puede proporcionar un pequeño beneficio para el dolor pélvico, no debe reemplazar el tratamiento convencional ni utilizarse como tratamiento de primera línea.

7.6 Cirugía

Generalmente reservada para casos refractarios al tratamiento farmacológico y no farmacológico y no es considerado tratamiento de primera línea.

- **Ablación Endometrial:** Para mujeres sin deseos genésicos o que ya los han cumplido y con sangrado menstrual abundante. Aproximadamente la mitad presenta reducción significativa del dolor pélvico. Buena opción mínimamente invasiva para quienes no desean preservar su fertilidad.

- **Neurectomía Presacra (NP):** Intervención alternativa para dolor pélvico crónico. Implica la sección de fibras nerviosas sensoriales del plexo hipogástrico superior. Tasas de éxito 60-75%. Efectos secundarios comunes: estreñimiento postoperatorio a largo plazo y retención urinaria. Se necesita más investigación sobre su efecto a largo plazo en la dismenorrea. Posible intervención quirúrgica para mujeres que desean preservar su fertilidad.

- **Ablación Laparoscópica del Nervio Uterosacro (LUNA):** Intervención alternativa para dolor pélvico crónico. Implica seccionar los plexos nerviosos de los ligamentos uterosacros. La evidencia arroja datos contradictorios en cuanto al éxito.

- **Histerectomía:** Tratamiento quirúrgico para dolor pélvico crónico refractario. Suele reservarse para pacientes con dismenorrea secundaria a patología ginecológica que no responden a

medidas conservadoras. Puede considerarse *último recurso* para pacientes sin otra causa identificada y que han agotado otras opciones.

7.7 Terapias Conductuales

Se incluyen la biorretroalimentación, la balneoclimatología (baños), los ejercicios de respiración, la hipnoterapia y el entrenamiento de relajación.

Los artículos de revisión que examinan ensayos clínicos que estudian intervenciones conductuales para la dismenorrea determinan que no se pueden extraer conclusiones sólidas debido al pequeño tamaño de las muestras y a las variaciones en la cuantificación del dolor pélvico y concluyen que se necesitan más estudios para evaluar mejor las intervenciones conductuales para el tratamiento de la dismenorrea.

La evidencia para muchas intervenciones no farmacológicas es limitada aunque los diferentes procedimientos implican un bajo riesgo y coste y podrían considerarse como opciones de tratamiento adicionales, informando de forma adecuada a la paciente de dicha falta de evidencia y de la necesidad de continuar investigando en estas vías.

BIBLIOGRAFIA

- Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, et. al. Exercise for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2019;9: CD004142
- Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, MacMillan F, Smith CA. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Womens Health (Larchmt). 2019 Aug;28(8):1161-1171. doi: 10.1089/jwh.2018.7615. Epub 2019 Jun 6.
- Ciebiera M, Esfandyari S, Siblini H, Prince L, Elkafas H, Wojtyła C, et al. Nutrition in Gynecological Diseases: Current Perspectives. Nutrients. 2021;13(4):1178.
- Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Dismenorrea primaria: diagnóstico y terapia . Obstet Gynecol . 2020; 136 (5):1047-1058.
- Guerriero S, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018.
- Kho KA, Shields JK. Diagnosis and Management of Primary Dysmenorrhea. JAMA. 2020 Jan 21;323(3):268-269. doi: 10.1001/jama.2019.16921. PMID: 31855238.
- Kirsch E, Rahman S, Kerolus K, Hasan R, Kowalska DB, Desai A, et al. Dysmenorrhea, a Narrative Review of Therapeutic Options. J Pain Res. 2024;17:2657-2666.

- Rubio Pérez G, Quevedo Córdoba A, Varela Silva L, Álvarez Silvares E. Actualización del diagnóstico y tratamiento de dismenorrea. Semergen. 2025 Jan-Feb;51(1):102331.
- Rubio Pérez G, Quevedo Córdoba A, Varela Silva L, Álvarez Silvares E. Actualización del diagnóstico y tratamiento de dismenorrea. Semergen. 2025 Jan-Feb;51(1):102331. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2024.102331. Epub 2024 Dec 5. PMID: 39561425.