

FUERTE
DOLOR
PUNZANTE
RESTRINGE SOCIALMENTE
SENTIR VERGÜENZA
DRENANTE
FALTA DE ENERGÍA
PROLONGADO
TEMA TABÚ
DÍAS DE DOLOR DE
ESPALDA SORDO
DEBILITANTE
DIFICULTAD
PARA MOVERSE
INCOMODIDAD
PARA HABLARLO
CALAMBRES QUE REMUEVEN
EL ESTÓMAGO
INCOMPRENDIDA
RIGIDEZ
AGOTADOR
DIFICULTAD PARA
CONCENTRARSE
BAJO ESTADO DE ÁNIMO

**Protocolo del dolor
menstrual**

#EscuchaElDolor
#ListenToPain

PROTOCOLO DEL MANEJO DE LA DISMENORREA (DOLOR MENSTRUAL) EN ATENCIÓN PRIMARIA

PASO 1: EVALUAR EL DOLOR MENSTRUAL

1. PREGUNTE A LA PACIENTE ACERCA DE LOS SÍNTOMAS DE DOLOR MENSTRUAL¹⁻³

Tipo de dolor (calambres/ cólicos/intensos/ constantes o esporádicos)	Ubicación (abdomen inferior que se irradia a la espalda)	Aparición del dolor (el dolor comienza poco antes o después de la menstruación)	Letargo/ Fatiga/ mareo	Cólicos musculares	Síntomas asociados (ansiedad/ depresión, náuseas)
---	--	---	------------------------	--------------------	---



2. IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS QUE REQUIEREN CONSULTA CON ESPECIALISTA^{1,4}

Dismenorrea fuerte inmediatamente después de la menarca o dismenorrea que empeora progresivamente	Falta de respuesta al tratamiento médico empírico
Sangrado uterino anormal (tanto sangrado menstrual abundante como sangrado irregular)	Antecedentes familiares de endometriosis
Dolor a mitad de ciclo o acíclico	Anomalía renal
Dispareunia (dolor persistente en la zona genital durante o después de las relaciones sexuales)	Otras anomalías congénitas (lumbares, cardíacas o gastrointestinales)

→ PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

IDENTIFICAR CUALQUIER AFECCIÓN O MEDICAMENTOS QUE LIMITEN LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO⁵⁻⁹



Medicamentos que limitan el tratamiento	Afecciones médicas que limitan el tratamiento
AINes*: riesgo de hemorragia, disminución de la eficacia antihipertensiva, aumento de los niveles de medicamentos como metotrexato Acetaminofén: aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	- Enfermedad renal crónica - Enfermedad hepática - Enfermedad de úlcera péptica - Enfermedad cardiovascular
* Solo con AINes orales	
IDENTIFICAR LO QUE LA PACIENTE HA USADO EN EL PASADO PARA TRATAR EL DOLOR	

↳ PASO 3: RECOMENDAR TRATAMIENTO PARA EL DOLOR PERIFÉRICO (PERIODO AGUDO APARENTEMENTE NO COMPLICADO)

¿TIENE LA PACIENTE ALGUNA PREFERENCIA POR EL TRATAMIENTO CON BASE EN LO QUE SE UTILIZÓ EN EL PASADO?

SI ES ASÍ

Recomendar tratamiento no farmacológico^{1,2, 10,11}

- Ejercicio habitual (caminar, trotar, yoga de baja intensidad)
- Tratamiento complementario o alternativo
 - Calor local en forma de almohadillas calientes (aplicadas a la parte inferior del abdomen)
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea de alta frecuencia-TENS (*implica el uso de electrodos para estimular la piel a diversas frecuencias e intensidades en un intento de disminuir la percepción del dolor*)
 - Estimulación del punto de acupuntura (acupresión y acupuntura)
 - Entrenamiento de relajación
 - Suplementos dietéticos como jengibre, alholva, etc.

Y

Recomendar la preferencia de la PACIENTE si es posible, teniendo en cuenta el paso 2

SI NO

Recomendar tratamiento no farmacológico^{1,2,10,11}

- Ejercicio habitual (caminar, trotar, yoga de baja intensidad)
- Tratamiento complementario o alternativo
 - Calor local en forma de almohadillas calientes (aplicadas a la parte inferior del abdomen)
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea de alta frecuencia-TENS (*implica el uso de electrodos para estimular la piel a diversas frecuencias e intensidades en un intento de disminuir la percepción del dolor*)
 - Estimulación del punto de acupuntura (acupresión y acupuntura)
 - Entrenamiento de relajación
 - Suplementos dietéticos como jengibre, alholva, etc.

Y

Recomendar tratamiento adecuado para el DOLOR MENSTRUAL^{1,2,10}

Terapias no hormonales:^{1,2, 10}

- **Ibuprofeno**
- **Naproxeno**
- **Ácido mefenámico**
- **Celecoxib**
- **Acetaminofén**

Agentes hormonales (si los AINEs no proporcionan un alivio adecuado de los síntomas)^{1,2, 10}

- Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) con etinilestradiol
- Anticonceptivos de progestina
- Parches transdérmicos anticonceptivos o anillo vaginal

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL DOLOR MENSTRUAL AGUDO EN ADULTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

HALEON

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS

- Preguntas que se deben formular (Tabla 1)
- Evaluar el tipo de dolor menstrual (primario frente a secundario) (Tabla 2)
- Síntomas o circunstancias que requieren derivación (Tabla 3)

Nota: los pacientes con diagnóstico presuntivo de dismenorrea primaria deben ser monitorizados en cuanto a la respuesta al tratamiento. Las herramientas que se pueden utilizar para evaluar la dismenorrea en la presentación inicial, así como en respuesta al tratamiento, incluyen escalas analógicas visuales y escalas de calificación numérica.¹

Cuando una paciente no experimenta una mejoría clínica de su dismenorrea en los 3 a 6 meses del inicio del tratamiento, deben investigarse las posibles causas secundarias y el cumplimiento del tratamiento.¹

→ PASO 2

IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

- Preguntas que se deben formular para personalizar el tratamiento (Tabla 4)
- Afecciones y medicamentos (Tablas 5 y 6)
- Evaluar el tratamiento previo (Tabla 7)
- Preguntas que se deben formular sobre el tratamiento previo (Tabla 7)

→ PASO 3

RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

- Recomendaciones no farmacológicas (Tabla 8)
- Recomendaciones farmacológicas (Tabla 9)

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

TABLA 1

PREGUNTAS PARA FORMULAR
¿Puede hablarme de sus síntomas de dolor menstrual?^{2,10} • ¿El dolor es tipo calambre? • ¿Se irradia a la parte interna del muslo o a la espalda? • ¿El dolor es esporádico e intenso o constante y sordo? • ¿Comienza el dolor poco antes de la menstruación y continúa hasta 72 horas, mejorando a medida que avanza la menstruación? • Con el dolor abdominal ¿experimenta síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, irritabilidad, mareos, hinchazón, dolor de cabeza, dolor lumbar y síntomas emocionales? • ¿Hay un aumento o disminución del apetito con el dolor menstrual?
Otras preguntas^{2,10} • ¿Cuánto tiempo hace que comenzó la menstruación y el ciclo es regular? • ¿Cuándo se hizo dolorosa la menstruación? • ¿Hay algún otro síntoma? (depresión, ansiedad, etc.) • ¿Los síntomas ocurren solo durante la menstruación o también en otras épocas del ciclo?

→ TABLA 2

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DEL DOLOR MENSTRUAL(dismenorrea) ¹	
Dismenorrea primaria	Dismenorrea secundaria
• Menstruación dolorosa en ausencia de patología pélvica • El dolor comienza característicamente cuando las adolescentes alcanzan ciclos ovulatorios, por lo general en los 6-12 meses de la menarquía. • La fisiopatología está relacionada con las prostaglandinas y los leucotrienos, ambos mediadores de la inflamación.	• Menstruaciones dolorosas debido a patología pélvica o a una afección médica reconocida. • La causa más frecuente de dismenorrea secundaria es la endometriosis. • Otras causas de dismenorrea secundaria incluyen: ○ Adenomiosis, infección, miomas uterinos, anomalías müllerianas, anomalías obstructivas del aparato reproductor, pólipos uterinos o quistes ováricos.

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

→ TABLA 3

SÍNTOMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN CONSULTA CON ESPECIALISTA (SIGNOS DE ALERTA)	
Sospechar dismenorrea secundaria si la paciente informa los siguientes síntomas y referir a un especialista. ^{1,4}	
Signos y síntomas	Diagnóstico/afección probable
Infertilidad; dolor con las relaciones sexuales, la micción o las deposiciones	Endometriosis
Aparición y resolución repentinas; si hay torsión, puede causar a su vez torsión ovárica	Quistes ováricos
Sangrado vaginal irregular	Pólipos uterinos
Períodos abundantes y prolongados; posible estreñimiento o dificultad para vaciar la vejiga; más frecuente en las personas mayores	Leiomiomas uterinos
Sangrado abundante, coágulos de sangre, dolor durante las relaciones sexuales, dolor a la palpación abdominal; más frecuente en las personas mayores	Adenomiosis
Dolor abdominal, fiebre, secreción y olor vaginales, dolor durante el coito, sangrado después del coito	Enfermedad inflamatoria pélvica
Antecedentes de cirugía, infertilidad, obstrucción intestinal, deposiciones dolorosas, dolor con cambio de posición	Adherencias pélvicas
Hinchazón, micción frecuente, náuseas	Masas pélvicas

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

TABLA 4

PREGUNTAS PARA PERSONALIZAR EL TRATAMIENTO DEL DOLOR MENSTRUAL

- ¿Está tomando algún medicamento regular, tanto con receta como de venta libre?
- ¿Ya ha tomado algún medicamento para aliviar los síntomas?

→ TABLA 5

MEDICAMENTOS PARA USAR CON PRECAUCIÓN CON ACETAMINOFÉN/AINEs ORALES^{5,12,13}

Preocupación	Posible interacción farmacológica
Aumento del riesgo de hemorragia con AINEs orales	• Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) • Algunos antidepresivos tricíclicos • Ácido acetilsalicílico (AAS) • Corticosteroides • Warfarina • Ginkgo biloba
Disminución de la eficacia antihipertensiva con AINEs orales	• Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) • Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) • Diuréticos • Betabloqueadores
Aumento de los niveles de fármacos con AINEs orales	• Litio • Metotrexato
Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	• Medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina) • Otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) • Alcohol

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

→ TABLA 6

CONSIDERACIONES AL SELECCIONAR ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CONCURRENTES ⁵⁻⁹	
Enfermedades concurrentes	Notas
Enfermedad renal crónica	- Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos demostrados y deben evitarse siempre que sea posible en pacientes con síntomas de insuficiencia renal - El acetaminofén es el analgésico de primera línea preferido para el tratamiento episódico del dolor leve en pacientes con insuficiencia renal, ERC o que requieren diálisis. Sin embargo, a veces puede estar justificada la minimización de la dosis (se ha recomendado un máximo de 3 g/día para pacientes con insuficiencia renal avanzada).
Enfermedad hepática	- AINEs: los AINEs pueden causar daño hepático agudo con gravedad variable. - Acetaminofén: no está contraindicado en la enfermedad hepática. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades.
Enfermedad de úlcera péptica	- El uso crónico de AINEs se asocia con reacciones adversas potencialmente graves del aparato gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal. - Acetaminofén: menor riesgo de efectos adversos en comparación con los AINEs
Enfermedad cardiovascular	- Todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV. - Los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica. - El uso de acetaminofén a las dosis recomendadas no se asocia con ningún riesgo adicional de acontecimientos CV importantes.

→ TABLA 7

PREGUNTAS QUE SE DEBEN FORMULAR SOBRE EL TRATAMIENTO PREVIO
¿Qué ha usado antes para tratar el dolor menstrual? ¿Qué dosis usó? ¿Fue eficaz? ¿Tuvo algún efecto secundario? ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico? ¿Ha utilizado algún tratamiento alternativo para aliviar el dolor menstrual?

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

TABLA 8

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA EL DOLOR MENSTRUAL^{1,2}

- Es probable que el ejercicio regular mejore los síntomas de la dismenorrea y debe recomendarse.
- Tratamiento complementario o alternativo
 - Calor local en forma de almohadillas o parches calientes (aplicados en la parte inferior del abdomen)
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea de alta frecuencia-TENS (*implica el uso de electrodos para estimular la piel a diversas frecuencias e intensidades en un intento de disminuir la percepción del dolor*)
 - Estimulación del punto de acupuntura (acupresión y acupuntura)
 - Entrenamiento de relajación
 - Los suplementos dietéticos para los que puede haber evidencia limitada que sugiera un beneficio potencial incluyen jengibre, alholva, aceite de pescado, aceite de pescado más vitamina B1, valeriana, vitamina B1 sola, zataria y sulfato de cinc.

→ TABLA 9

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR MENSTRUAL (DISMENORREA PRIMARIA)^{1-3,5-10,14,15, 16}

Medicamento	Eventos adversos	Interacciones farmacológicas	Observaciones
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) Ibuprofeno Naproxeno Ácido mefenámico Celecoxib (inhibidor de la COX-2): para mujeres mayores de 18 años	Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos aumentan el riesgo de problemas gastrointestinales (ulceración, hemorragia y perforación estomacal/intestinal). Contraindicado en aquellos con hipersensibilidad a AINEs incluyendo aspirina, pacientes con antecedentes de úlcera péptica o hemorragia digestiva o aquellos sometidos a revascularización coronaria (CABG). Usar con precaución en pacientes con enfermedad cardíaca y renal, cirrosis, hipertensión arterial, diabetes no controlada, glaucoma, asma, incontinencia urinaria o hiperplasia prostática.	Disminuye el efecto de diuréticos como tiazida y furosemina, e inhibidores de la ECA como lisinopril y captopril. Reduce el efecto sobre las plaquetas, incluyendo el impacto de dosis bajas de aspirina. Tomar aspirina al menos 30 minutos antes de tomar ibuprofeno o naproxeno. Los efectos adversos pueden aumentar cuando se usa junto con medicamentos como warfarina y aspirina, y antidepresivos ISRS como sertralina, fluoxetina, etc.	Más eficaz cuando se inicia 1-2 días antes del inicio de la menstruación y continúa durante los primeros 2-3 días de sangrado. Tomar el medicamento con alimentos y aumentar la ingesta de líquidos puede mitigar los efectos adversos gastrointestinales y renales.

TABLA 9 CONTINÚA

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLA 9 CONTINUACIÓN

Acetaminofén	Buen perfil de seguridad a nivel terapéutico. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades. La dosis debe ajustarse/reducirse adecuadamente en pacientes con alimentación deficiente, disfunción hepática o en tratamiento con otros medicamentos hepatotóxicos. Puede ser necesaria una reducción de la dosis en caso de insuficiencia renal grave y enfermedad hepática.	Acetaminofén + isoniazida: puede aumentar el riesgo de hepatotoxicidad. Acetaminofén + imatinib: puede aumentar los niveles de acetaminofén. Acetaminofén + warfarina: puede aumentar el riesgo de hemorragia.	Analgésico de elección para pacientes con dismenorrea que no desean anticonceptivos hormonales y no pueden tolerar los AINEs por su alteración gastrointestinal.
Anticonceptivos hormonales Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) con etinilestradiol Anticonceptivos de progestina [implante de progestina, acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular o subcutáneo y sistema intrauterino liberador de levonorgestrel] Parches transdérmicos anticonceptivos o anillo vaginal	Efecto adverso más frecuente de los AHC: sangrado intermenstrual. Otros efectos adversos: náuseas, dolores de cabeza, calambres abdominales, sensibilidad en las mamas y aumento del flujo vaginal o disminución de la libido. Las náuseas se pueden evitar tomando el medicamento por la noche antes de dormir. Las mujeres que tienen una afección cardiovascular preexistente o fuman no deben usar anticonceptivos orales.	Los antiepilépticos como carbamazepina, topiramato y fenitoína disminuyen la eficacia anticonceptiva de los anticonceptivos orales, mientras que el uso de lamotrigina y un anticonceptivo oral aumenta el metabolismo de la lamotrigina. Ciertos antibióticos que tienen más probabilidades de reducir la eficacia de los anticonceptivos orales incluyen azitromicina, eritromicina, ketoconazol, penicilina (y derivados), rifampicina, rifabutina y antibióticos de tetraciclina.	Por lo general, se recomiendan anticonceptivos hormonales para las mujeres con dismenorrea que necesitan anticoncepción, para quienes el uso de anticonceptivos es aceptable, o para quienes no pueden tolerar o no responden a los AINEs. El uso continuo y prolongado de esquemas de AHC es superior a los esquemas cíclicos para el alivio del dolor. El uso continuo de la progestina oral es útil como alternativa a los AHC con un alivio del dolor comparable y menos efectos secundarios.
<i>Los antiinflamatorios no esteroideos pueden continuarse o agregarse a la terapia hormonal según sea necesario.</i>			

REFERENCIAS

1. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018 Dec;132(6): e249-e258.
2. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017 Jul;39(7):585-595.
3. Itani R, Soubra L, Karout S, et al. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med.* 2022 Mar;43(2):101-108
4. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2021 Aug 1;104(2): 164-170.
5. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Ther Clin Risk Manag.* 2015 Jul 15; 11:1061-75
6. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, *Current Medical Research and Opinion*, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551
7. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. *Ann Hepatol.* 2018 Mar 1;17(2):187-191.
8. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. *Front Pharmacol.* 2021 Jun 21; 12:684162.
9. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023
10. Case-based learning: dysmenorrhoea management. *The Pharmaceutical Journal, PJ*, July 2021, Vol 307, No 7951;307(7951): DOI:10.1211/PJ.2021.1.90233.
11. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, de Manincor MJ, Delshad E. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 20;9(9):CD004142.
12. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. *Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs*. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
13. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Updated 2023 Jun 9]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
14. Cooper DB, Patel P, Mahdy H. Oral Contraceptive Pills. [Updated 2022 Nov 24]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>
15. Fazio A. Oral contraceptive drug interactions: important considerations. *South Med J.* 1991 Aug;84(8):997-1002.
16. Potential Drug Interactions in Patients Taking Oral Contraceptive Pills. Disponible en <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1115/p599.pdf> Consultado en diciembre de 2023.