

COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA: ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) Y ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES (AHO)

COMPARISON OF THE TREATMENT OF PRIMARY DYSMENORRHOEA: NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (NSAIDS) AND ORAL HORMONAL CONTRACEPTIVES (AHO)

Daniel Jesús Kumul Vivas*, Tatiana del Rosario Díaz May*, Mauro Alberto Alvarado Ceballos*, Jesús Iván Aleaga Díaz*, Daniel Alemán Chuc*, Rosa Yamili Morales Safar*, Jorgelina Barrios de Tomasi**

RESUMEN.

La dismenorrea es un dolor de tipo cólico localizado en la porción inferior del abdomen que se presenta al menos durante 3 ciclos menstruales. Su etiología se clasifica en primaria y secundaria; en donde la primaria resulta de la isquemia uterina ocasionando el dolor y no existe una patología concomitante aparente, mientras que la secundaria se caracteriza por un dolor consecuente con una patología visible y diagnosticable que padezca la mujer. El tratamiento va encaminado al cese del dolor por dos vías; por medio de AINES y AHO.

Palabras clave: *Dismenorrea, AINES, AHO, Dolor pélvico y cólico.*

ABSTRACT.

Dysmenorrhea is a cramping pain located in the lower abdomen that occurs during at least 3 menstrual cycles. Its etiology is classified into primary and secondary, where the primary results from uterine ischemia, causing pain, and there is no apparent concomitant pathology, while the secondary is characterized by a consequent pain with a diagnosable, visible pathology and pelvic infection. Treatment is aimed to cease the pain in two ways, by NSAIDs and AHO.

Key words: *Dysmenorrhea, NSAIDs, AHO, pelvic pain and cramping.*



INTRODUCCIÓN.

La dismenorrea se define como un síndrome doloroso e incapacitante de origen ginecológico (concretamente uterino) de tipo cólico en la porción inferior del abdomen que se presenta durante al menos 3 ciclos menstruales, afectando a millones de mujeres en todo el mundo.^(1,2) Es uno de los trastornos más frecuentes de las adolescentes, y puede representar entre 48% y 90% de todas las consultas realizadas por éstas, la dismenorrea se considera un problema de salud pública en la población adolescente.⁽³⁾ Por su origen, se divide en dos grupos, dismenorrea primaria y secundaria.⁽⁴⁾

Primaria o funcional: Se define como la presencia de dolor durante la menstruación sin patología presente, que resulta de la isquemia uterina causando dolor, modulado por las prostaglandinas; puede involucrar una gran variedad de factores hormonales relacionados con la menstruación así como factores no hormonales.^(2,6)

Secundaria o adquirida: Es el dolor cíclico asociado a la menstruación, justificado por la presencia de una patología visible o diagnosticable.⁽²⁾

La dismenorrea primaria es ocasionada por la presencia de prostaglandina F_{2α} (PGF). En el útero, después de la ovulación aumenta la formación de fosfolípidos de

*Estudiante de la División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo.

**Docente del Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad de Quintana Roo.

la membrana celular, predominando la síntesis de los ácidos grasos omega-6. Conforme disminuye la concentración de progesterona antes del inicio de la menstruación, los ácidos grasos omega-6 (particularmente el ácido araquidónico) son liberados, y transformados, por acción de la enzima ciclooxigenasa, en leucotrienos y en endoperoxidasa, desencadenando los procesos inflamatorios.^(7, 8)

A su vez, el tromboxano A₂, las prostacilinas y las prostaglandinas producen vasoconstricción arteriolar e hipercontractilidad miometrial, resultando en isquemia endometrial y dolor.^(7, 8)

En la dismenorrea secundaria las diversas causas que llevan a desencadenar el padecimiento pueden ser:⁽⁹⁾

- Intrauterinas (adenomiosis, estenosis cervical y lesiones cervicales), debido a alteraciones congénitas (obstrucción del tracto de salida, anomalías del útero), infección (endometritis crónica), miomas (generalmente intrauterinos o intramurales), dispositivos intrauterinos, pólipos.
- Extrauterinas (endometriosis, inflamación y cicatrización [adherencias]).
- No ginecológicas (musculares, gastrointestinales, urinarias).
- Síndrome de congestión pélvica (debatido).
- Psicógenas (rara).
- Tumores (tumores benignos o malignos del ovario, intestino o vejiga).

La dismenorrea suele comenzar varias horas antes o inmediatamente después del inicio de la menstruación y tiene una duración de dos a tres días. La máxima intensidad se alcanza durante las primeras 24-48 horas, de igual manera se pueden asociar otros síntomas como náuseas y vómitos (89%), astenia (85%), diarrea (60%), dolor lumbar (60%), cefalea (45%).⁽⁸⁾

Diez a quince por ciento de las mujeres pueden presentar cuadros severos de dolor, y 5% puede ser tan severo que genera

notoria incapacidad para las actividades diarias, siendo importante causa de ausentismo académico o laboral de 1 a 3 días.⁽¹⁰⁾

Hoy en día el tratamiento de la dismenorrea primaria está fundamentalmente dirigido a inhibir la síntesis de prostaglandinas a nivel endometrial mediante tratamiento farmacológico. Usualmente se indica el tratamiento con Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) inhibiendo la acción de las prostaglandinas; o el tratamiento mediante Anticonceptivos Orales Combinados (AOC), los cuales inhiben los mecanismos de la ovulación y disminuyen a su vez la cantidad de prostaglandinas producidas, reduciendo los dolores causados por la dismenorrea.⁽⁴⁾

El objetivo de este trabajo de revisión fue identificar las ventajas y desventajas del tratamiento de la Dismenorrea primaria con los AINES o con AOC.

1. Dismenorrea Primaria y tratamiento con AINES.

El alivio inmediato del dolor en la dismenorrea es la petición más común durante la consulta.⁽¹¹⁾

En diversos trabajos se ha sugerido que los AINES alivian la dismenorrea primaria, principalmente al “suprimir la producción de prostaglandinas en el endometrio, lo que alivia los cólicos y restaura la actividad uterina normal”.⁽¹²⁾

Debido a los hallazgos que evidencian a las prostaglandinas como las principales sustancias que participan en la manifestación del dolor, el bloqueo de la vía ciclooxigenasa inhibe la síntesis de prostanoides, entre los que se encuentran las prostaglandinas; de esta forma los AINES resultan efectivos en el tratamiento de la dismenorrea.^(12, 13)

Diversos ensayos clínicos y guías de práctica clínica manifiestan el uso de AINES como fármacos de primera elección en el tratamiento de la dismenorrea. Los estudios señalan la superioridad de los AINES frente placebo con un Odds Ratio (OR) 4,50 y un Intervalo de confianza (IC) 95%.⁽¹²⁾

Entre los AINES más utilizados se

encuentran: naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, ácido mefenámico y ketoprofeno,⁽¹⁴⁾ otros estudios añaden el uso de paracetamol, pamabrom y pirilamima (syncol) y de metamizol con butilhioscina (buscapina).⁽¹³⁾ Los mejores resultados del uso de AINES se observan si estos son administrados antes y al inicio de la menstruación continuando con el tratamiento dos o tres días a dosis cada 6 u 8 hrs.⁽¹⁴⁾

Lamentablemente el uso de AINES también se ha asociado a efectos adversos, principalmente efectos gastrointestinales, esto es debido a que los AINES también actúan en la vía de la ciclooxigenasa COX-1, la enzima involucrada en producir efectos gastrointestinales como la esofagitis, úlceras (hemorragia y perforación), gastroduodenitis, dispepsia. Aunque también se han señalado como efectos no deseados del consumo de AINES la somnolencia e incluso diarrea.^(12, 15)

Cabe señalar que diversos fármacos (AINES) selectivos para la COX-2, conocidos comúnmente como fármacos COXIBS, no presentan efectos adversos gastrointestinales por el hecho de no actuar sobre la enzima COX-1, pero su uso fue discontinuado por efectos arrítmicos a nivel cardiovascular.⁽¹¹⁾

No obstante, el riesgo no es igual para todas las personas, dependiendo de la dosis y duración del tratamiento. Lamentablemente en ningún estudio señala una dosis terapéutica de protección gastrointestinal y depende del médico y del paciente la valoración riesgo-beneficio para el uso de los AINES.^(16, 27, 28, 31, 32)

Actualmente en cuanto a la eficacia analgésica de los AINES, la evidencia es aplastante cuando se compara frente a placebo, fundamentalmente en dolor agudo y algo menor en dolor crónico.⁽²³⁾

En un estudio doble ciego donde se comparó el meloxicam (7.5 mg y 15 mg una vez al día) con el ácido mefenámico (500 mg 3 veces al día), se concluyó que la posología de ambos medicamentos era adecuada para el mejoramiento de la sintomatología, pero el meloxicam mostró una mejor tolerancia gastrointestinal.⁽³³⁾

Dismenorrea primaria y tratamiento con AHO.

Con base en múltiples ensayos clínicos que han sido realizados en diferentes países, se han empleado los Anticonceptivos Orales Combinados (AOC) en el tratamiento de la dismenorrea. Su mecanismo de acción es principalmente para la anticoncepción; sin embargo, se ha demostrado que en pacientes con dismenorrea (primaria o secundaria), han sido eficaces.⁽¹⁷⁾

Los AOC inhiben los mecanismos de ovulación mediante el bloqueo en la producción de las hormonas responsables en la hipófisis: Foliculoestimulante [FSH] y Luteinizante [LH], por consiguiente, el volumen de flujo menstrual disminuye así como los niveles de prostaglandinas producidas, por lo que se reduce la motilidad uterina, y por lo tanto los dolores uterinos tipo cólico.^(18, 19)

De igual manera, no solo se ha demostrado la efectividad de los AOC durante el tratamiento de la dismenorrea primaria, sino que existen varios estudios que evidencian la efectividad de un esquema de pastillas anticonceptivas administradas de manera continua como tratamiento, que han servido de apoyo para el alivio significativo de la dismenorrea asociada a endometriosis (dismenorrea por causas secundarias).⁽²⁰⁾

En una revisión reciente de Cochrane se concluyó que los anticonceptivos orales con dosis > 35 µg de etinilestradiol (EE) son más eficaces que el placebo para aliviar la dismenorrea.⁽²¹⁾ Otro ensayo clínico en el mismo estudio, aleatorizado y de doble ciego, que incluyó a 76 jóvenes adolescentes norteamericanas, a las cuales se les administró un anticonceptivo oral con 20 µg de EE y 100 µg de levonorgestrel (LNG), un progestágeno sintético; demostró la eficacia de los preparados de baja dosis hormonales en el tratamiento de esta patología. El grupo tratado con el anticonceptivo oral mejoró significativamente la intensidad de la dismenorrea (p = 0,04), comparado con el grupo tratado con placebo.⁽²¹⁾

Considerando los ACO que poseen etinilestradiol (EE) y levonorgestrel

(LNG) como progestágeno, ha habido una reducción de las dosis de ambos compuestos pasando de 50 µg EE / 250 µg LNG a las dosis actuales de 30 µg EE / 150 µg LNG. Se conserva una relación entre ambos de 1:5 que parece ser necesaria

del tratamiento depende del deseo de embarazo de la paciente y de la existencia de contraindicaciones del uso de ACO o AINE.⁽⁹⁾ (Ver **Tabla 1**)

De acuerdo al tratamiento de elección de la paciente se debe tomar en cuenta el deseo

Comparación del tratamiento de la dismenorrea primaria	
Anticonceptivos Hormonales Orales	Antiinflamatorios no esteroideos
Fármacos de elección si se desea control de la natalidad. Inhiben la ovulación con lo que disminuyen los niveles de PGF _{2α} . Deben administrarse durante tres o cuatro meses para concluir si son eficaces. En el 75% de los casos existe una mejoría evidente. ⁹	Son los fármacos indicados en el tratamiento de urgencia. Pueden añadirse al tratamiento con AHO si estos no alivian suficientemente el dolor o si la paciente no desea AHO. Realizan su acción al inhibir la producción de prostaglandinas en el endometrio. Los más efectivos son los derivados del ácido propiónico (ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno) y los fenamatos (ácido mefenámico, ácido niflúmico). ⁹

Tabla 1. Comparación del tratamiento de la dismenorrea primaria con AHO y AINES

para mantener un adecuado balance en el metabolismo de carbohidratos y lípidos.

Estos anticonceptivos que contienen dosis menores de ambos compuestos son llamados de “microdosis” y contienen actualmente 20 µg EE y 100 µg de LNG y suelen ser los más utilizados con el tratamiento de la dismenorrea primaria.⁽²²⁾

Por otra parte, el implante subdérmico de etonogestrel (hormona progestágena, cuyo metabolito activo es el desogestrel) fue diseñado inicialmente como anticonceptivo y se ha relacionado a su vez con la disminución de la incidencia de dismenorrea en un 48% aproximadamente.^(24,26, 27, 28, 29, 30)

Los principales efectos de los AOC son:⁽¹⁹⁾

- Incremento de peso
- Náuseas y vómitos
- Mastalgia.
- Cefaleas.
- Cambios en la libido.

Ventajas y desventajas.

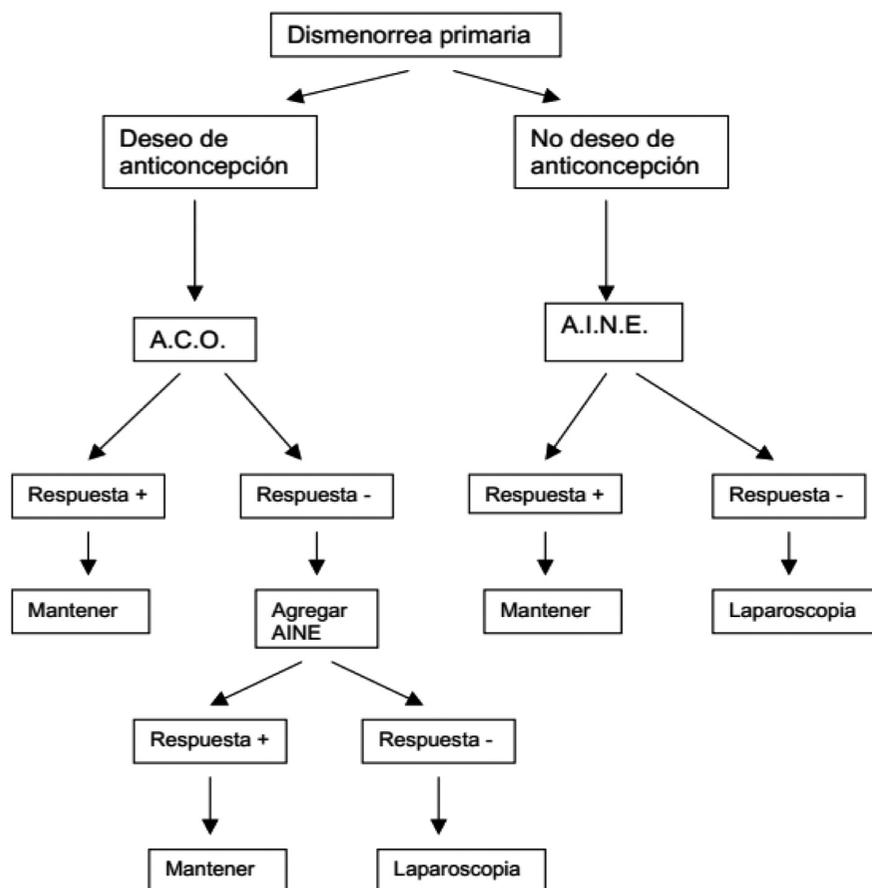
Se emplean principalmente dos grupos de fármacos: AHO y AINES. La elección

de la concepción, dado que si la paciente prefiere la concepción se debe suministrar AINES, de lo contrario AHO. Al dar una respuesta positiva al tratamiento con AINES se debe mantener el tratamiento, de lo contrario se realizaría una cirugía laparoscópica exploratoria para evaluar alguna alteración ginecológica. En el caso de los AHO al dar una respuesta negativa se debe agregar al tratamiento AINES. Ver **figura 1**

DISCUSIÓN.

Con base en la evidencia bibliográfica antes revisada se pueden identificar las opciones a seguir en el tratamiento de la dismenorrea, lo más complejo es que la gran gama de opciones de medicamentos que existen en el tratamiento terapéutico es guiado por los intereses personales del paciente.

Un punto relevante a considerar en las mujeres, según diversos autores, es la recurrencia del uso de los AINES por la irregularidad de sus ciclos menstruales donde afirmaban que al no saber en qué momento ovulaban o menstruaban les



Fuente: Dismenorrea. Dismenorrea. Algoritmo para el tratamiento de la dismenorrea primaria. [Acceso 05-07-2013]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20Urgencias%20y%20Emergencias/dismeno.pdf>

Figura 1 Comparación del tratamiento de la dismenorrea primaria y la respuesta al tratamiento.

era complicado prever el momento de la aparición del dolor. Mientras que las mujeres que se encontraban en un control de natalidad desconocían los beneficios

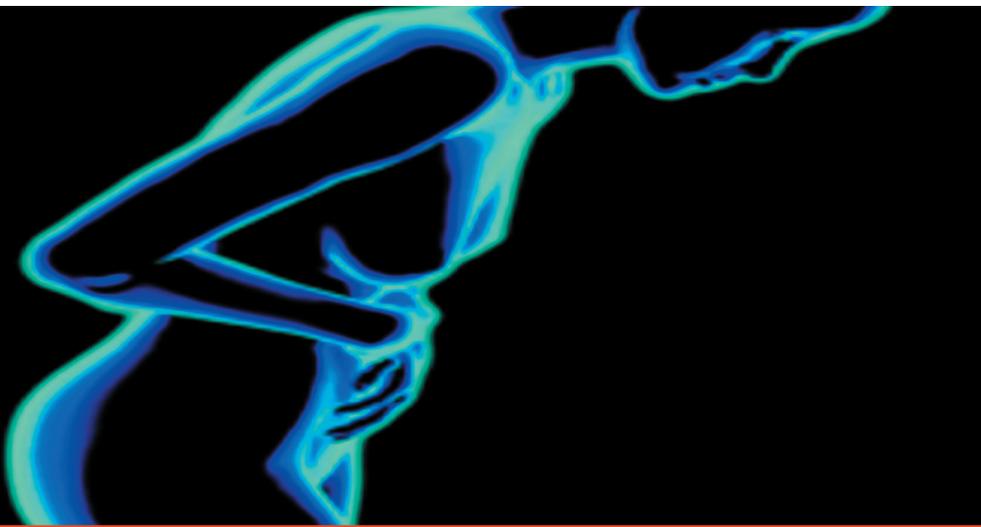
que el método anticonceptivo aportaba a esta patología.

Otro punto que debe considerarse es que el uso de anticonceptivos orales combinados como tratamiento para la dismenorrea no solo depende de su eficacia sino también de la necesidad de la mujer. Si una mujer desea un embarazo o tiene contraindicaciones al AOC, el AOC sería una opción no apropiada de tratamiento en ese momento.

Hay una deficiencia en estudios clínicos enfocados a la administración de la dosis en AINES o AOC en adolescentes, manifestando que éstas son una extensión más de las dosis suministradas a mujeres adultas. Los autores señalan la notoria diferencia que existe en los procesos fisiológicos que tiene una joven en comparación a una mujer adulta puesto que los niveles hormonales de la adolescente no son estables, mientras que el de la mujer adulta son constantes y regulares tomando el caso de la suministración de los AOC.

CONCLUSIÓN.

Actualmente el uso de los AINES es la opción mejor defendida y estudiada científicamente para el control y la disminución de la dismenorrea primaria. La gran gama de medicamentos derivados de los AINES ofrece un sinfín de combinaciones en el tratamiento terapéutico, guiándonos en el desarrollo de la afección en la persona y en la dosificación de la medicación, adaptándose a las exigencias que el paciente solicite en su consulta y logrando los objetivos específicos del servidor de salud en la mejoría pronta de su paciente. Su accesibilidad y bajo costo es también de sumo atractivo a los consumidores. Desafortunadamente, los trabajos existentes al respecto de intervención terapéutica con AINES en dismenorrea primaria no han sido probados específicamente en las adolescentes, por lo que su recomendación es solo a una extensión de las recomendaciones propuestas a mujeres adultas, y la misma situación ocurre con los anticonceptivos combinados orales.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Monterrosa Castro A. Dismenorrea primaria: Visión actual. Rev. Colomb Obstet Ginecol. [Internet] 2001 52(4). Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-524/obstetricia52401re-dismenorrea>
2. Secretaria de Salud. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de dismenorrea en el primer, segundo y tercer nivel de atención. [Internet] (Acceso 20-06-2013). Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_183_09_DISMENORREA/IMSS_183_09_EyR.pdf
3. Tejerizo-López L. C., Tejerizo-García A., Borrego-Estrella V., Gómez-Serranor M., García-Robles M. R. Protocolo de actuación sobre dismenorrea. Salud Total de la Mujer. 2001. 3(3): 155-162 [Acceso 02-07-2013]. Disponible en: <http://sicapacion.com/libmedicos/Dismenorrea.pdf>
4. Biblioteca Virtual de Salud [Internet]. Actualidad en dismenorrea. Revisión bibliográfica. (Acceso 02-07-2013). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_sulp1_04/revisiones/r3_v10_supl104.htm
5. García Hurtado, B., Chillón Martínez R. Rebollo Roldan J. Orta Pérez M.A. Dismenorrea primaria y fisioterapia. Fisioterapia. 2005. 27(06) 327-342.
6. Smith R.P. Dismenorrea primaria y secundaria En Netter. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. España. Elsevier 2005. P 437-439.
7. Algoritmo para el tratamiento de la dismenorrea primaria [Internet]. (Acceso 05-07-2013). Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dismeno.pdf>
8. Cuestas E. Eficacia de los antiinflamatorios no esteroideos en la dismenorrea primaria. Experiencia médica. 2010. 28(1): 24-26.
9. Burgos R., Iturri E., Reynolds E. Dismenorrea, Rev Paraguaya. 2005 21(1) 31-34.
10. Marjoribanks J. Proctor M. Farquhar C. Derks R. Fármacos antiinflamatorios no esteroideos para la dismenorrea primaria (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Gobierno de España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; (Acceso: 5-07-2013) Disponible en: (<http://www.cofaer.org.ar/vernoticia.php?id=>

1899&var_bd=noticia&tiponoticia=15)

11. Ortiz MI, Pérez-Hernández N, Macías A, Carrillo-Alarcón L. Utilización de fármacos para el tratamiento de dismenorrea primaria en estudiantes universitarias. Rev Mex Cien Farm 2007. 38; 24-29.
12. Hospital Infantil Mexicano. Alteraciones menstruales en adolescentes. [Acceso 27-06-2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665111462012000100010&lng=es.
13. Urrutia M. Dismenorrea. Conceptos generales. Ginecología y obstetricia de México.[Internet] (Acceso 24-06- 2013). Disponible en: MedicLatina.
14. Yáñez N, Bautista-Roa S, Ruiz-Sternberg J, Ruiz-Sternberg Á. Prevalencia y factores asociados a dismenorrea en estudiantes de Ciencias de la Salud. Rev Ciencias De La Salud. 2010. 8(3): 37-48.
15. John O. Halvorson L. Hoffman B., Bradshaw K. Cunningham G. Williams Ginecología. México. 2009.
16. Romana D., Richard S. Continuous Compared With Cyclic Oral Contraceptives for the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. 2012. 14.
17. La Biblioteca Cochrane Plus. Anticonceptivos orales combinados (ACO) para el tratamiento de la dismenorrea primaria. Gobierno de España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Internet] 2008. (Acceso: 08-07-2013). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002120>
18. Tasuku H, Yuji T, Hiroshi H, Naoki T. Low Dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double blind, randomized trial. 2008. 90: 6.
19. Lete I., Dueñas J., Serrano I., Doval J., Perez-Campos E., Martínez-Salmeán J. et al. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. Semergen. 2009. 35 (10) 505-510.
20. Busquets C. Preisler J., Poli C. Mecanismos de acción de anticonceptivos orales: ¿Cumplen los ACO de bajas dosis con el objetivo de inhibir la ovulación? Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(3): 242-248.
21. Edelman AB, Gallo MF, Jensen JT, Nichols MD, Schulz KF, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst. 2005 20;(3): CD004695.

22. Hohmann H, Creinin MD. The contraceptive implant. Clinical Obstetric Gynecology 2007. 50; 907:17.
23. Funk S, Miller MM, Mishell DR Jr, Archer DF, Poindexter A, Schmidt J, et al. Safety and efficacy of Implanon, a single-rod implantable contraceptive containing etonogestrel. Contraception 2005; (71): 319-26.
24. Torres L, Trinidad M y Calderón E. Potencial terapéutico de los cannabinoides. Rev Soc Esp. 2012. 20: (3) 132-136.
25. Rodríguez J. Iglesias P. González B. Atención farmacéutica a pacientes en tratamiento con AINE. Cuidado Farmacéutico Español. 2013. 15: (4): 130-139.
26. Clara F. Dcon P. Medicina Basada en la Evidencia de los AINE y COXIB". Actualidad en farmacología y terapéutica. 2013. 11 (2): 98-107.
27. Ortiz M. Pérez-Hernández N. Marcías A, Rangel-Flores E. et al. RTIZ M. Prevalencia de la dismenorrea en estudiantes en psicología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH. 2013 (3): 84-97.
28. Simon A. Duflos C. Ginecología de la niña y de la adolescente. Tratado de Medicina. 2013 17 (1): 1-8.
29. Curell N. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. Revista de Pediatría Integral. 2013 17: (3): 161-170.
30. Colome C. Parera N. Fernández R. Rodríguez I. Estudio retrospectivo de la hemorragia uterina excesiva en la adolescencia. Revista de Obstetricia y Ginecología 2013. 18:(5); 123-126.
31. Quirós A. Corrales J. González D. Endometriosis en el canal inguinal: reporte de caso. Revista Médica Universidad de Costa Rica. 2013 7:(1); 6.
32. Hubert PH. De Kanter. El aspecto psicológico de la dismenorrea. Rev Ginecol Obst Mex. 2013 81;494-497.
33. Sandoval J. Madrid A. Sandoval C. Paz P. Factores que condicionan la Dismenorrea en Adolescentes, según estrato socioeconómico. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. 2013 59: 95-100.
34. De Mello N. Baracat E. Tomaz G. Bedone A. Camargos A. Barbosa I. et al. Double-blind study to evaluate efficacy and safety of meloxicam 7.5 mg and 15 mg versus mefenamic acid 1500 mg in the treatment of primary dysmenorrhea. Acta Obstet Gynecol. Scand. 2004. 83:667-73.