



Frecuencia y correlaciones de la dismenorrea en mujeres en edad reproductiva en Buenos Aires

ALEXANDRA ROYBAL

RESUMEN

El propósito de este estudio fue proporcionar un análisis del conocimiento actual con respecto a la dismenorrea y examinar su frecuencia entre las mujeres en edad reproductiva en Buenos Aires, su impacto en la escuela y en las actividades sociales y físicas, algunas estrategias manejadas en relación con el problema, sus conocimientos de los tratamientos disponibles y sus actitudes y comportamientos hacia esta cuestión. Para realizar este trabajo, se relevó la información de bibliotecas de instituciones médicas y de salud, como la Asociación Médica Argentina, la Facultad de Medicina, y de otras instituciones, como FLACSO. Finalmente, intentaremos llevar a cabo un estudio piloto de campo, en el cual encontremos a cien mujeres jóvenes en edad de procrear y estudiamos sus actitudes y conocimientos con respecto al tema que nos ocupa, y trataremos de encontrar alguna información significativa. De las 38 mujeres argentinas observadas, el 84,21% indicó que padecía la menstruación dolorosa. Los síntomas menstruales relacionados informados fueron el dolor abdominal (71,87%), los dolores

Universidad de Northwestern

Directora: Cristina Lucchini, Universidad de Buenos Aires

Alexandra Roybal
3200 Belcaro Drive
Denver, CO 80209
Tel.: 720-985-3816

de cabeza (37,50%), el dolor pelviano (68,75%), la sensibilidad en los senos (84,37%), el cambio de humor (78,12%) y las hinchazones (81,25%). De las mujeres que informaron sufrir la dismenorrea, el 50% toma analgésicos. Sólo el 9,37% toma la píldora anticonceptiva oral, y el 93,75% toma AINE, lo que refleja la superioridad del uso y del efecto de los AINE, como ha sido indicado en la sección sobre tratamientos. Sin embargo, de las mujeres que informaron tener dismenorrea, sólo el 40,625% buscó atención médica. Los datos se asemejan a los de investigaciones similares en otros países. La alta frecuencia de la dismenorrea informada indica que la cultura argentina no tiene un efecto significativo en el reportaje del dolor o, en otras palabras, la frecuencia de dismenorrea es similar a la de otras culturas. Sin embargo, debería haber un sistema educativo para mujeres jóvenes acerca de la menstruación para que ellas tengan una comprensión más completa y, entonces, puedan tratar sus síntomas más eficazmente.

Palabras clave: dismenorrea, menarca, menstruación, antiinflamatorios no esteroides.

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea, o menstruación dolorosa, afecta a entre el 40% y el 90% de las mujeres argentinas, además de a muchas mujeres alrededor del mundo, pero su pato-fisiología aún no se comprende claramente. Aunque existen tratamientos efectivos para aliviar el dolor, todavía se necesitan investigaciones adicionales de los síntomas y los tratamientos para esta disfunción, para manejar y posiblemente evitar sus impactos en la vida cotidiana de la mujer. A menudo tal dolor tiene un efecto drástico en la calidad de vida, incluso en las actividades sociales y en las relativas a una ocupación. Entre los factores de riesgo asociados a la dismenorrea, se incluyen la edad de la menarca, el peso del cuerpo, los hábitos alimenticios, las enfermedades asociadas al útero sangrante, la patología pelviana comórbida y los problemas psicosociales. Sin embargo, las actitudes culturales hacia las mujeres y la mens-

truación también pueden tener un impacto en la frecuencia de la dismenorrea. Además, es posible que las mujeres en algunos países no reciban educación formal para manejar sus síntomas. Por eso, es necesario que exista un programa que eduque a las mujeres jóvenes sobre los problemas y los tratamientos menstruales.

Un metaanálisis de los estudios dedicados al tema revela que son pocos los que se dedican a los efectos de la dismenorrea en relación con la cultura en Sudamérica. El propósito de esta investigación es examinar la frecuencia de la dismenorrea entre las mujeres en edad reproductiva en Buenos Aires, su impacto en la escuela y en las actividades sociales y físicas, algunas estrategias manejadas en relación con el problema (en particular por aquellas mujeres que actualmente son estudiantes), sus conocimientos de los tratamientos disponibles y sus actitudes y comportamientos hacia esta cuestión. Estos factores tienen un impacto importante en el tratamiento y la prevención de la dismenorrea.

Investigaremos los síntomas y otros factores que contribuyen a la dismenorrea y los tratamientos existentes. Esencialmente, queremos determinar qué factores culturales, como la falta de educación sobre la menstruación, se correlacionan con la frecuencia y el impacto de la dismenorrea en las mujeres en Buenos Aires. Una comprensión más exhaustiva del conocimiento de la mujer y sus comportamientos hacia el problema permitiría construir estrategias de prevención para evitar o aliviar los síntomas en el futuro.

Para realizar este trabajo, se relevará la información de bibliotecas de instituciones médicas y de salud, como la Asociación Médica Argentina, la Facultad de Medicina, y de otras instituciones, como FLACSO. Asimismo, se realizarán entrevistas a profesionales de la salud. Finalmente, intentaremos llevar a cabo un estudio piloto de campo, en el cual encuestaremos a cien mujeres jóvenes en edad de procrear, y estudiaremos sus actitudes y conocimientos con respecto al tema que nos ocupa, y trataremos de encontrar alguna información significativa.

Para recoger información directa sobre este tema por parte de mujeres jóvenes en edad reproductiva de la Argentina, encuestaremos a alumnas de la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Católica Argentina y la Universidad del Salvador, ya que este es nuestro universo accesible. La idea es cruzar la información de la edad con la severidad del dolor y el conocimiento de un tratamiento para este problema.

La información de los cuestionarios será codificada para su análisis. La estadística básica será hecha por cálculos matemáticos mientras que los resultados estadísticos potencialmente más complejos serán analizados utilizando la versión de programa STATA 8,0 (Estación Colegial, TX).

NATURALEZA DEL PROBLEMA

La dismenorrea es una de las condiciones ginecológicas menos diagnosticadas a pesar de su impacto negativo en la calidad de vida. La dismenorrea es la causa principal de horas perdidas de trabajo y del ausentismo escolar entre mujeres jóvenes, pero debido a creencias sociales relacionadas con la falta de tratamientos efectivos y con las expectativas acerca de la menstruación, muchas mujeres a menudo ignoran el problema. De hecho, en la Argentina existe un "asueto femenino", expresión clara de mitos antiguos que definen la dismenorrea como un atributo propio de la mujer. La dismenorrea se clasifica en dos tipos claros: primaria y secundaria. La dismenorrea primaria (espasmódica) se define como dolor menstrual en ausencia de la patología pelviana, en otras palabras, se trata cuando la función pelviana y la ovulación son normales. La dismenorrea secundaria (congestiva) es el dolor menstrual asociado con una patología subyacente cuyo comienzo es varios años posterior a la menarca. Los síntomas tanto de la dismenorrea primaria como de la secundaria a menudo son descriptos como dolor en la región suprapúbica con cólicos que pueden irradiarse a la región lumbosacra o al muslo anterior. La dismenorrea es comúnmente clasificada como leve, moderada o severa sobre la base de la intensidad relativa del dolor, el impacto en la capacidad de

trabajo y la necesidad de analgésicos. A menudo se presenta en la combinación de quejas somáticas relacionadas (síndrome premenstrual) y de cambios de humor o de conducta (síndrome disfórico premenstrual).

Late encontró varios factores de riesgo asociados con la dismenorrea: la juventud, el bajo índice de masa corporal (IMC), el fumar, la menarca temprana, el flujo menstrual atípico o prolongado, las quejas somáticas premenstruales, las infecciones pelvianas, la esterilización anterior, la somatización, la angustia psicológica y alguna historia de abuso sexual. Los factores que contribuyen a la mejora de los síntomas son el estatus socioeconómico alto, una relación estable, el ejercicio físico, la inclusión de pescado en la dieta y el uso de anticonceptivos orales. En un estudio llevado a cabo por Patel, se encontró que 2000 mujeres indias de Goa sufrían un aumento en la intensidad de la dismenorrea con una severidad más alta de depresión, ansiedad y de quejas somáticas.

El comienzo de la dismenorrea primaria ocurre generalmente poco después de la menarca. La dismenorrea primaria está asociada con los ciclos de ovulación. Es más común en mujeres que tienen poco más de veinte años y afecta a más del 80% de las mujeres Caucásicas. A partir de los años adolescentes (15-17), la frecuencia de la dismenorrea disminuye con la edad. Los síntomas comunes incluyen dolor lumbar y abdominal inferior, fatiga, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, tensión mamaria, sensación de hinchazón abdominal, irritabilidad, alteraciones de la libido y diarreas. Los síntomas adversos empiezan comúnmente algunas horas después del comienzo del flujo menstrual y duran típicamente hasta tres días, alcanzando su máximo entre las 24 y 48 horas posteriores al ciclo menstrual.

Los síntomas de la dismenorrea secundaria pueden tener características diferentes que los de la dismenorrea primaria y aparecen a veces de modo no concomitante con el flujo menstrual. El dolor generalmente ocurre una o dos semanas antes del flujo menstrual y dura más allá del cese

del flujo menstrual. Distinguir entre dismenorrea primaria y secundaria es importante porque algunas patologías ginecológicas fundamentales como fibromas uterinos, endometriosis, adenomiosis, malformaciones obstructivas de los conductos de Müller, miomas, pólipos endometriales o enfermedades inflamatorias pelvianas son algunas causas de la dismenorrea secundaria y no de la dismenorrea primaria. La consideración debe incluir también algunas patologías no ginecológicas exacerbadas por la menstruación, por ejemplo, las condiciones viscerales como el síndrome de intestino irritable o la cistitis intersticial. Para esta investigación específica, vamos a enfocarnos en la dismenorrea primaria.

EPIDEMIOLOGÍA

Revisiones sistemáticas recientes de escritos alrededor del mundo acerca del dolor pelviano crónico informan una frecuencia de la dismenorrea de entre el 20% y el 90% de las mujeres. Es difícil obtener un porcentaje preciso dados los diferentes factores que afectan el problema y la existencia de varias definiciones diferentes de dismenorrea. Un estudio suizo mostró que el 10% al 24% de las mujeres confiesan haber tenido síntomas de dismenorrea que interfirieron con su estilo de vida cotidiana. El 51% dijo que perdía días de trabajo o escuela debido a los síntomas, y sólo el 31% consultó a un médico acerca del problema. Numerosas conclusiones semejantes muestran que a pesar de la alta frecuencia de la dismenorrea, pocas víctimas buscaron asesoramiento médico.

Las variaciones a través de las culturas pueden afectar la manera en que la menstruación es percibida y, así, también los reportes acerca de la dismenorrea. Por ejemplo, mientras la mayoría (80%) de las mujeres en culturas occidentales informa algún grado de dismenorrea, sólo un cuarto de las mujeres mayas que viven en zonas rurales lo hace. Asimismo, la ley islámica puede prohibir a las mujeres que estén en período de menstruación oren, ayunen durante el Ramadán o tengan relaciones sexuales. Algunos seguidores hindúes también creen que tocar a una mujer que

menstrúa es impuro. Estos tabúes pueden llevar a que no se reporte el dolor, a la infravaloración de la frecuencia de la dismenorrea y, finalmente, al fracaso en los intentos de proporcionar un tratamiento óptimo.

Las carencias o equivocaciones en la educación acerca de los síntomas de la dismenorrea también pueden afectar la cobertura de su frecuencia. Johnson encontró una ignorancia significativa entre chicas adolescentes con respecto al tratamiento efectivo de la dismenorrea: sólo el 15% pudo reconocer por lo menos uno de los antiinflamatorios no esteroides (AINE) como tratamiento posible. Asimismo, un estudio de gran escala realizado en Hong Kong acerca de las conductas en relación con la salud en chicas adolescentes encontró que el 14,3% no sabía si su ciclo menstrual era normal o no, mientras que el 22,7% tenía un concepto inexacto de lo que es un ciclo menstrual normal.

El mismo estudio encontró varios factores que afectan la decisión de buscar atención médica: la severidad de los síntomas (85,2%), la opinión de un miembro de la familia (75,7%), el género del médico (68,7%), el temor a enfrentar preguntas embarazosas (65,3%), el costo de la consulta (57,4%), la preocupación acerca del examen físico (56,6%) y las limitaciones de tiempo (52,9%). Numerosos estudios indican que la madre u otro miembro de la familia son fuentes primarias de información sobre la menstruación. Por esta razón, Polat sugirió que una tasa baja de consulta con un médico acerca de la dismenorrea primaria (19,1%) puede ser atribuida al bajo nivel educativo de las familias.

El estatus socioeconómico también puede contribuir a la variación de la frecuencia de la dismenorrea. Hillen estudió a sujetos de tres escuelas, diferentes en su estatus socioeconómico, con el objetivo de completar un cuestionario anónimo acerca de la menstruación dolorosa. Se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de la dismenorrea en las tres escuelas. El colegio privado de posición económica más alta tenía la frecuencia más baja (74%), seguido por el instituto del estado de estatus socioeco-

nómico medio alto (84%); en último escalón se ubicó el instituto del área socioeconómica más baja (87%).

PATOFISIOLOGÍA

Pavel y cols. proponen que la dismenorrea debe ser considerada como parte del conjunto de los síndromes médicamente inexplicados, y que es vista como un desorden multifactorial. Aberraciones en el ambiente inflamatorio local del útero que menstrúa han sido vistas como el mecanismo primario de la dismenorrea. Sin embargo, muchos otros factores, como las características neurológicas de algunos síndromes de dolor crónicos, como la jaqueca o la fibromialgia, son consideradas cada vez más. No obstante, deben realizarse más investigaciones para contribuir al conocimiento relativo tanto a la disfunción periférica como a la central en relación con el dolor menstrual.

Los clínicos acuerdan en que la mejor explicación patofisiológica para la anormalidad primaria de la dismenorrea se relaciona con la inflamación del útero que menstrúa. Esto se debe a un exceso de prostaglandinas (PGS) dentro del endometrio. Los estudios han mostrado que niveles elevados de eicosanoides son una causa esencial de la dismenorrea, mediando el dolor inflamatorio al bajar la resistencia al dolor durante la menstruación. Estos subproductos bioquímicos pueden causar contracciones del *myometrial* y vasoconstricción, que pueden tener como resultado una isquemia del tejido local, que a su vez puede causar el dolor cólico sentido en la dismenorrea. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se utilizan para bajar los niveles elevados de estos lípidos biológicamente activos. Asimismo, los estudios han mostrado que cuando se bloquea la síntesis de prostaglandinas con inhibidores de la ciclooxigenasa, los niveles de prostaglandinas en el líquido menstrual disminuyen, causando una disminución significativa de los síntomas. La vasopresina es también un factor en la patogénesis de la dismenorrea. Puede administrarse por una infusión in vitro,

que estimula las contracciones uterinas, pero es menester obtener más evidencia para demostrar si los niveles de vasopresina son elevados en mujeres con dismenorrea primaria.

La dismenorrea secundaria se presenta en aproximadamente el 10% de las adolescentes y las jóvenes adultas con dismenorrea severa. A menudo se asocia con el dolor durante el ciclo, la dispareunia y la metrorragia. El dolor es causado por aberraciones en el útero, incluso pólipos, fibromas, adenomiosis y anomalías uterinas. La endometriosis, o el crecimiento de glándulas uterinas y el estroma fuera de la cavidad uterina son las causas primarias de la dismenorrea secundaria.

Dado que varios estudios han probado los resultados positivos de los antiinflamatorios en el tratamiento de la dismenorrea, se ha puesto poca atención a las contribuciones del sistema nervioso central a la sensibilidad uterina del dolor. Los pensamientos o las conductas improductivas a menudo llevan a una intensidad mayor del dolor, un fenómeno conocido como *catastrophizing*. En un estudio que utilizó un parche de calor aplicado a la mano, se probó que la dismenorrea aumentaba la percepción y la respuesta al estímulo del dolor, en este caso, al calor fuerte. Asimismo, Brinkert y cols. investigaron la tolerancia a la distensión del colon en sus pacientes y encontraron que la percepción de dolor aumentaba en sujetos con dismenorrea. Por lo tanto, la dismenorrea no sólo puede reflejarse en la inflamación uterina periférica, sino también en los cambios en la sensibilidad al dolor y en la percepción del dolor de un individuo.

TRATAMIENTO

Antiinflamatorios no esteroideos

El tratamiento más común para el alivio del dolor menstrual son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que proporcionan alivio efectivo contra el dolor. Se ha probado que los AINE, como el naproxeno, el ibuprofeno y el ácido mefenámico, proporcionan rápidamente alivio para la dismenorrea, pero poco se sabe

de la superioridad de cualquier AINE particular sobre otro. Sin embargo, entre el 10% y el 25% de las mujeres cree que los AINE son inútiles o deciden no utilizarlos a causa de intolerancia, molestia u otros efectos secundarios posibles, como vómitos, náuseas, diarrea, dolor de cabeza, mareos y sequedad en la boca. Los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2), como el celecoxib, han mostrado eficacia semejante en el alivio del dolor de la dismenorrea, con efectos secundarios semejantes a los de los AINE.

Hormonales

La anovulación (cuando no hay menstruación) que se induce a través de tratamientos hormonales es un tratamiento común para la dismenorrea. Las píldoras anticonceptivas orales combinadas, compuestas de estrógeno y progestina, disminuyen la actividad hiperactiva del miometrio, inhibiendo la ovulación, reduciendo el volumen del líquido menstrual, los niveles de COX-2 endometrial durante la menstruación y la producción de prostaglandina. Se necesitan investigaciones adicionales para demostrar la eficacia superior de las píldoras anticonceptivas orales combinadas respecto de los placebos. Estas píldoras anticonceptivas orales combinadas, como los AINE, deben ser consideradas como una terapia primaria para mujeres sanas con dismenorrea primaria o secundaria. Los efectos secundarios de la píldora anticonceptiva oral combinada pueden incluir náuseas, vómitos, dolor de cabeza, sensibilidad en los senos y, en casos muy raros, trombosis venosa, que puede llevar al embolismo pulmonar o al infarto del miocardio asociado con el uso de estrógeno. Otra opción hormonal es el *levonorgestrel* que libera un derivado de progestina directamente en el endometrio. El flujo menstrual reducido, o la amenorrea, son resultado de la prevención del crecimiento del endometrio. El dispositivo intrauterino (DIU) también reduce el dolor menstrual y trata la dismenorrea secundaria debida a la endometriosis. Como las píldoras anticonceptivas orales combinadas, el DIU es un anticonceptivo para mujeres fértiles. Dura hasta

5 años, con introducción y eliminación sencillas, y con riesgos mínimos aparte de la infección uterina o perforación uterina durante la introducción. Las progestinas orales, como el acetato de medroxiprogesterona y noretindrona, también se utilizan para inducir anovulación, pero poco se sabe de su uso como tratamiento para la dismenorrea. Los análogos de la gonadotropina, incluyendo el acetato de goserrelina, el acetato de leuprolide y el acetato de nafarelina, suprimen la menstruación e inducen la menopausia. Sin embargo, los efectos adversos, incluyendo sofocaciones de calor, disminución de la libido, sequedad vaginal, cambios de humor y dolor de cabeza son causados por el uso mínimo de tales agentes en la reducción del dolor menstrual.

Quirúrgicos

Si las medicinas han fallado, los enfoques quirúrgicos pueden ser considerados como tratamientos para la dismenorrea. Las técnicas quirúrgicas incluyen la transección del nervio pélvico y la cirugía extirpativa para endometriosis o leiomiomas. Dos procedimientos primarios neurolíticos para el tratamiento de la dismenorrea son la neurectomía presacral y la ablación laparoscópica del nervio uterino. La neurectomía presacral bloquea la entrada aferente de neuronas sensorias cervicales al bloquear los nervios presacrales que descansan dentro de las fronteras del triángulo de interilíaco. La ablación del nervio uterosacro es otro procedimiento en que un doctor corta a través de los nervios pélvicos de *splanchnic* dentro de los ligamentos uterosacros. Johnson y cols. encontraron que la ablación del nervio uterosacro es superior a la laparoscopia diagnóstica, con mejores resultados y menos complicaciones después de un seguimiento de un año para el tratamiento de la dismenorrea. Ambos métodos son usados en la Argentina y en otros países.

Terapias alternativas

Algunas pacientes prefieren un enfoque más "natural" y tratan los síntomas de la dismenorrea con medicinas complementarias, como el

uso de suplementos de vitaminas y minerales. Estas terapias alternativas son especialmente frecuentes en la Argentina. Se ha sugerido el uso de vitamina B1 y magnesio como tratamiento a causa de la interferencia posible con la producción de prostaglandina, pero aún se necesita más investigación al respecto. También los ácidos grasos de omega-3 del aceite de pescado pueden disminuir la intensidad del dolor menstrual. El grupo de Cochrane encontró recientemente promesas significativas en el uso de preparados de hierbas chinas como tratamiento de síntomas premenstruales, pero se necesita investigación adicional para determinar su eficacia.

El estímulo del nervio también puede tratar la menstruación dolorosa tanto a través de estímulos transcutáneos eléctricos como de acupuntura. El estímulo transcutáneo eléctrico del nervio se da a través del estímulo de fibras de nervios de la piel en varias frecuencias e intensidades. Se cree que el estímulo transcutáneo eléctrico del nervio eleva la resistencia al dolor y estimula la liberación de endorfinas de los nervios periféricos y la médula espinal. Por su lado, la acupuntura excita fibras del nervio y colabora con los mediadores de serotonina y endorfina para suprimir la sensación de dolor.

Aunque se ha dado poca atención a las intervenciones conductistas, estrategias centralmente dirigidas al alivio del dolor como el de la dismenorrea han mostrado algún éxito. Entre estas intervenciones se cuentan la relajación, el *biofeedback* y la consulta con un profesional sobre la administración del dolor. Adicionalmente, se ha encontrado que el ejercicio alivia síntomas de la dismenorrea, así como una dieta magra, rica en pescado, frijoles, semillas, granos completos, frutas y verduras.

Los tratamientos quiroprácticos y osteopáticos también han mostrado éxito en el tratamiento de los síntomas de la dismenorrea, mejorando la espina dorsal general y la alineación pelviana, aumentando la circulación sanguínea pelviana, reduciendo la congestión pelviana y aumentando las ramas simpáticas hacia la pelvis.

Remedios culturales y tradicionales

La mayoría de las mujeres desatiende la dismenorrea como una condición médica grave y la comprenden como una queja indigna de una visita al médico. Además, con el conocimiento y la información compartidos por los miembros de la familia o su comunidad, las mujeres a menudo utilizan remedios tradicionales para tratar los períodos dolorosos en lugar de consultar al médico. Por ejemplo, las mujeres en tribus africanas a menudo colocan una tela tibia en la parte inferior del abdomen. Asimismo, en China se utiliza una cantimplora caliente en el ombligo. También, aunque algunas culturas lo puedan considerar impuro, el coito es sugerido generalmente para aliviar la menstruación dolorosa. Se supone que el aumento de la contractilidad uterina y el crecimiento del flujo vascular que siguen al orgasmo promueven el flujo menstrual y reducen la congestión pelviana. Sin embargo, no existe ninguna evidencia médica para demostrar su eficacia.

Una distinción importante entre la Argentina y otros países es su comprensión de la dismenorrea como un síntoma o una enfermedad que se expresa a través de un mensaje psicológico además de físico. Entonces, se utiliza el psicoanálisis para estudiar científicamente si los desórdenes funcionales pueden ser o no ocasionados por factores emocionales. Se cree que la dismenorrea está conectada con una serie de precondiciones emocionales cuyos fundamentos se establecieron en distintos momentos. De hecho, Wengraf (1944) creía que la dismenorrea era una entidad psicósomática padecida por mujeres neuróticas que relacionaban la menstruación con recuerdos penosos. Según expresó, para algunas mujeres, el dolor significaba un castigo por las "culpas", una repulsión a la femineidad o a la sexualidad. Desde entonces, muchos médicos en la Argentina propusieron psicoterapias de apoyo y psicodrogas además de informar a las pacientes sobre la poca gravedad de su enfermedad.

ESTUDIO

Método

Al menos en nuestro conocimiento, este fue el primer estudio de su clase acerca de los factores

asociados con la frecuencia de la dismenorrea en mujeres en edad reproductiva en Buenos Aires. La población del estudio fue representante de las mujeres en edad reproductiva en la Argentina. El estudio se realizó entre marzo y junio de 2009. De la suma de 92 mujeres argentinas encuestadas, 38 completaron el formulario y 2 no pudieron completarlo porque no estaban en edad reproductiva; la tasa general de respuesta fue del 43,47%. Esta baja tasa contrasta con la de otros países y refleja el hecho de que en la cultura argentina a la gente le cuesta responder a tiempo.

Resultados y discusión

Como hemos visto en el trabajo, es útil estudiar la tasa de la dismenorrea porque puede variar a través de las culturas y etnias. De las 38 mujeres argentinas observadas, el 84,21% indicó que padecía una menstruación dolorosa. Estos son resultados semejantes a los de otras poblaciones. La idea de que las mujeres de países latinoamericanos son más fuertes y por eso no informan de la dismenorrea al médico pareciera indicar que no hay dolor; sin embargo, los datos nos indican que la frecuencia es relativamente alta. Por eso, la cultura latinoamericana no tiene un efecto significativo en la frecuencia de la dismenorrea.

La edad promedio de las participantes fue de 27,5 años ($\pm 8,08$ años, min. 17 años, máx. 47 años). El promedio de edad de la menarca fue de 12,5 años ($\pm 1,39$ años). El 97,29% de las mujeres dijo tener un ciclo menstrual normal (21-35 días).

El período menstrual promedio de las participantes con dismenorrea dura 5,21 días. El 100% indicó tener flujo menstrual normal, de modo que no fue posible estudiar si factores como el flujo corto de la menstruación afectan la frecuencia del dolor. El 2,63% de las mujeres con dismenorrea informó un flujo menstrual severo, mientras el 31,57% informó un flujo leve. Los síntomas menstruales relacionados informados fueron el dolor abdominal (71,87%), los dolores de cabeza (37,50%), el dolor pelviano (68,75%), la sensibilidad en los senos (84,37%), el cambio de humor (78,12%) y las hinchazones (81,25%). Como el trabajo nos indicó, las mujeres con un

IMC más alto sufren más síntomas. Por otro lado, como se predijo antes, las participantes en niveles socioeconómicos más altos mostraron una disminución en estos síntomas. Este hecho es significativo y debe ser estudiado en más detalle, porque hay varios factores que pueden contribuir a esta distinción entre clases socioeconómicas. De las mujeres que informaron sufrir la dismenorrea, el 50% toma analgésicos. Sólo el 9,37% toma la píldora anticonceptiva oral y el 93,75% toma AINE, lo que refleja la superioridad del uso y del efecto de AINE, como ha sido indicado en la sección sobre tratamientos. Otras formas de tratamiento incluyeron masajes (21,87%), parches de calor (9,37%) y cambios en la dieta (18,75%). Estos remedios son usados más frecuentemente en la Argentina que en otros países.

Un resultado general muestra que el 25% de las mujeres padeció actividades sociales limitadas debido a la menstruación dolorosa y el 43,75% informó una pérdida en la concentración durante la menstruación. Además, el 15,62% perdió días de trabajo o escuela debido a la dismenorrea. A causa de estos resultados negativos, es importante que se encuentren tratamientos eficientes.

Sin embargo, de las mujeres que informaron tener dismenorrea, sólo el 40,625% de ellas buscó atención médica. De ellas, el 12,5% buscó el consejo de un miembro de la familia y el 31,25% consultó a un médico. El factor que afectó la decisión de buscar el consejo era la severidad de los síntomas (57,14%). Nadie sugirió otra razón para no realizar consultas. Estos hechos contrastan con los resultados de otras poblaciones en que las mujeres evitan la consulta a causa de la vergüenza o del alto costo. Quizás esto refleja la gran disponibilidad de recursos médicos en la Argentina en comparación con otros países.

Aunque este estudio no prueba el conocimiento específico de las mujeres con relación a la dismenorrea, una porción significativa de mujeres mostró una falta de conocimiento sobre el tratamiento para la dismenorrea y recurrió a remedios como el chocolate o la caféina. Asimismo, las barreras para que las mujeres consulten un médico deben ser exploradas más profundamente. La educación

10. Considerás que vos/tu familia está ubicada en:
0. Clase baja
 1. Clase media baja
 2. Clase media media
 3. Clase media alta
 4. Clase alta
11. Nivel más alto de educación de tu madre:
0. Escuela primaria
 1. Escuela secundaria
 2. Universidad
 3. Posgrado
12. Nivel más alto de educación de tu padre: 0 – Escuela primaria
0. Escuela secundaria
 1. Universidad
 2. Posgrado
13. Edad de primer período _____ años
14. ¿Sigues teniendo períodos? 0. No 1. Sí
15. Irregularidad menstrual 0. No 1. Sí
16. ¿Cuántos días de flujo menstrual por mes? _____
17. Duración del ciclo _____ días
18. ¿Creés que el número de días de tu ciclo es normal? 0. No 1. Sí
19. Duración entre dos períodos _____ días
20. Número de días dolorosos _____
21. Cantidad de tu flujo:
0. leve
 1. moderado
 2. mucho
 3. exagerado
22. Incomodidad de tu ciclo mensual (severidad de la menstruación):
0. ninguna
 1. leve
 2. moderada
 3. severa
23. Historia de infección pélvica: 0. No 1. Sí
24. Número de días perdidos de escuela o trabajo a causa de la menstruación dolorosa durante este año
_____ días
25. ¿No has participado en actividades físicas a causa de la menstruación dolorosa? 0. No 1. Sí
26. ¿El dolor menstrual limita tu actividad social? 0. No 1. Sí
27. ¿El dolor menstrual limita tu concentración? 0. No 1. Sí
28. Número de embarazos _____
29. Número de hijos vivos _____
30. ¿Activa sexualmente? 0. nunca 1. actualmente no 2. sí
31. Dolor durante el coito 0. No 1. Sí

¿Has tomado estas medicaciones para el dolor menstrual?

Nombre	0. No	1. Sí
59. Analgésico simple		
60. Paracetamol		
61. Aspirina		
62. Paracetamol y codeína		
63. Mercindol		
64. Ácido mefenámico		
65. Diclofenac		
66. Naproxeno		
67. Ibuprofeno		
68. Antidepresivos		
69. Anticonvulsivos		
70. Anticonceptivos (<i>favor de especificar</i>)		
71. Opioides (<i>favor de especificar</i>)		
72. Otro (<i>favor de especificar</i>)		

¿Otros tratamientos que has probado?

Nombre	0. No	1. Sí
73. Jengibre		
74. Herbales/Medicaciones homeopáticas		
75. Chocolate		
76. Cafeína		
77. Vitaminas		
78. Parches de calor		
79. Sueño		
80. Acupuntura		
81. Masaje		
82. Meditación		
83. Nutrición/dieta		
84. Otro (<i>favor de especificar</i>)		

BIBLIOGRAFÍA

- Banikarim C, Chacko M, Kelder S. Prevalence and Impact of Dysmenorrhea on Hispanic Female Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:1226-1229.
- Barriendos y cols. Síndrome de tensión premensual. *Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción* (Madrid) 2003; 2:1160-1162.
- Bettendorf B, Sophie S, Tu F. Dysmenorrhea: Contemporary Perspectives. *Obstet Gynecol* 2008; 63:597-603.
- Cakir M, Mungan I, Karakas T, Giriskan I, Okten A. Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey. *Pediatrics International* (Turkey) 2007; 49:938-942.
- Calandra D, Gurucharri C. Ginecología antropológica: una visión integral de la mujer en la consulta ginecológica. Buenos Aires, 1991:104-105.
- Chan SC, Yiu KW, Yuen PM, Sahota DS, Chung KH. Menstrual problems and health-seeking behaviour in Hong Kong Chinese girls. *Hong Kong Med J* (Hong Kong) 2009; 15:18-23.
- Dansforth S. *Tratado de Obstetricia y Ginecología: Menstruación y trastornos de la función menstrual*. México, D.F. 2000; 8:643.
- Dorn L, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, Susman E. Menstrual Symptoms in Adolescent Girls: Association with Smoking, Depressive Symptoms, and Anxiety. *Journal of Adolescent Health* 2009; 44:237-243.
- Fox E. Resultados de la resección del plexo hipogástrico superior en el tratamiento de la dismenorrea dolorosa esencial. *Jornadas Rioplatenses de Obstetricia y Ginecología*. Buenos Aires 1942; 4:547.
- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmaceutical treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9(15):2661-2672.
- Hillen TIJ, Grbavac SL, Johnston PJ, Straton JAY, Keogh JMF. Primary Dysmenorrhea in young Western Australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. *Adolescent Health (Australia)* 1999; 25:40-45.
- Loto OM, Adewumi TA, Adewuya AO. Prevalence and correlates of dysmenorrhea among Nigerian college women. *Australian and New Zealand Obstet Gynecol* (Nigeria) 2008; 48:442-444.
- Morrow C, Naumberg E. Dysmenorrhea. *Prim Care Clin Office Pract* 2009; 36:19-32.
- Oya A, Oikawa T, Nakai A, Takeshita T, Hanawa T. Clinical efficacy of Kampo medicine (Japanese traditional herbal medicine) in the treatment of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynaecol* (Japan) 2008; 34(5):898-908.
- Ozgoli G, Goli M, Moattar F. Comparison of Effects of Ginger, Mefenamic Acid and Ibuprofen on Pain in Women with Primary Dysmenorrhea. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009; 15:129-132.
- Pineda R. La persulfación kimográfica en el tratamiento de la dismenorrea. *Temas de ginecología* (Madrid) 1968; 8:144.
- Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, Hanay F. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Genecol Obstet* (Turkey) 2008; 1-6.
- Sanfilippo J, Erb T. Evaluation and Management of Dysmenorrhea in Adolescents. *Obtet Gynecol* 2008; 51(2):257-267.
- Serrando y cols. Síntomas menstruales. Terminología y consideraciones generales. *Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid. 2003; 1:162.
- Topolanski R. Pescando en Internet. *Sociedad Ginecológica de Uruguay*. Montevideo, 2003; 1-5.
- Wright K, Johnson J. Evaluation of extended and continuous use of oral contraceptives. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2008; 4(5):905-911.