



DISMENORREA PRIMARIA: PREVALENCIA E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Patricia Palacios Gómez



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
2021 – 2022
Tutora:
Patricia Iría Suárez Daroca

A mí misma, solo tú sabes el camino recorrido.

A mi padre, Manuel, por cada minuto jugando,
riendo y secando mis lágrimas hasta hoy.

A mi abuela, por ser como una madre.

A mi psicóloga, Paula, por ayudarme a cambiar
mi vida siempre a mejor.

A Jacob, por ser un apoyo incondicional durante
cuatro años y una pandemia.

A mis amigas y amigos, sabéis quiénes sois.

*“No se debe tratar la enfermedad. Se debe tratar
al paciente que la sufre” - Maimónides*

Resumen

La dismenorrea primaria consiste en calambres de tipo espasmódico en la zona baja del abdomen producidos por el útero desde el inicio de la menstruación hasta pasadas 72 horas, en ausencia de causa patológica. Se estima que su prevalencia varía del 67% al 90% en mujeres de edad fértil, siendo esta la condición ginecológica más frecuente. El problema que se nos plantea junto a esta alta prevalencia es la intensidad del dolor y, por ende, el impacto negativo en la calidad de vida. Para hacer frente a esto, el tratamiento de elección es esencialmente farmacológico, aunque las mujeres comienzan a interesarse por terapias alternativas.

Palabras clave

Dismenorrea primaria, dolor menstrual, menstruación, prevalencia, calidad de vida, tratamiento, terapias alternativas, educación sexual.

Abstract

Primary dysmenorrhea consists of spasmodic cramping in the lower abdomen produced by the uterus from the beginning of menstruation to 72 hours later, in the absence of a pathologic cause. It's estimated that its prevalence varies from 67% to 90% of women in reproductive age, with it being the most frequent gynecological condition. The problem that arises, together with this high prevalence, is the pain intensity and, therefore, the negative impact on quality of life. To deal with this, the main treatment is essentially pharmacological, although women are beginning to show interest in alternative therapies.

Key words

Primary dysmenorrhea, menstrual pain, menstruation, prevalence, quality of life, treatment, alternative therapies, sex education.

Índice

1. Introducción.....	1
1.1 Marco teórico	1
1.1.1 Anatomía del órgano reproductor femenino	1
1.1.2 Fisiología del aparato reproductor femenino	4
1.1.3 Ciclo reproductor femenino	5
1.1.4 La menstruación	7
1.1.5 Dismenorrea	8
1.1.6 Biología de la dismenorrea primaria	8
1.1.7 La dismenorrea y su relación con los hábitos saludables	9
1.1.8 La cultura de la menstruación en la percepción del dolor	10
1.1.9 Prevalencia y consecuencias.....	11
1.1.10 Manejo del dolor y tratamientos.....	14
2. Estado actual del tema	16
3. Justificación	17
4. Objetivos	18
4.1 Objetivo general	18
4.2 Objetivos específicos	18
5. Metodología	19
5.1 Diseño del trabajo	19
5.2 Población y muestra	19
5.2.1 Criterios de inclusión	19
5.2.2 Criterios de exclusión	19
5.3 Variables	20
5.4 Técnica de recogida de datos	20
6. Resultados	21
7. Conclusión	28
8. Bibliografía	29
9. Anexos	35
Anexo 1. Encuesta sobre la Dismenorrea Primaria	35

1. Introducción

1.1 Marco teórico

1.1.1 Anatomía del órgano reproductor femenino

Ovarios

Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas.

En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina ⁽¹⁾.

En los ovarios se encuentran los folículos ováricos que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo y las células que nutren a los mismos y que, además, secretan estrógenos a la sangre, a medida que los ovocitos van aumentando de tamaño. El folículo maduro o folículo De Graaf es grande, está lleno de líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación ⁽²⁾.

Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de unos 10 cm de longitud y 1 cm de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación ⁽³⁾.

Útero

Órgano intrapélvico en el centro de la excavación entre la vejiga y el recto. La función más importante es albergar el huevo fecundado durante la gestación. El útero es un órgano hueco. Su dimensión varía con la edad y la paridad.

Se compone de dos porciones anatómico – funcionales:

Cuerpo uterino: eminentemente muscular, ocupa la porción superior del útero. En el centro posee una cavidad (cavidad endometrial). Histológicamente, el cuerpo uterino está formado por tres capas bien diferenciadas ⁽⁴⁾:

- **Serosa o adventicia**: recubre el cuerpo uterino.
- **Miometrio**: Está constituida por fibras musculares lisas.
- **Endometrio**: capa mucosa que recubre el cuerpo uterino. Esta mucosa responde con cambios morfológicos importantes a los estímulos hormonales del ovario y posee la propiedad de descamarse periódicamente cada 21 - 35 días (menstruación), aunque la zona necrosada se regenera rápidamente.

Cuello uterino: estructura cilíndrica músculofibrosa de aproximadamente 3 cm. El cuerpo y el cuello uterino están tunelizados en su centro (cavidad cervical). Tiene los llamados orificio cervical interno (parte superior que comunica al istmo) y orificio cervical externo (parte inferior que comunica a la vagina) ⁽⁵⁾.

Vagina

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo-membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior y su pared posterior están en contacto entre sí en condiciones normales ⁽⁶⁾.

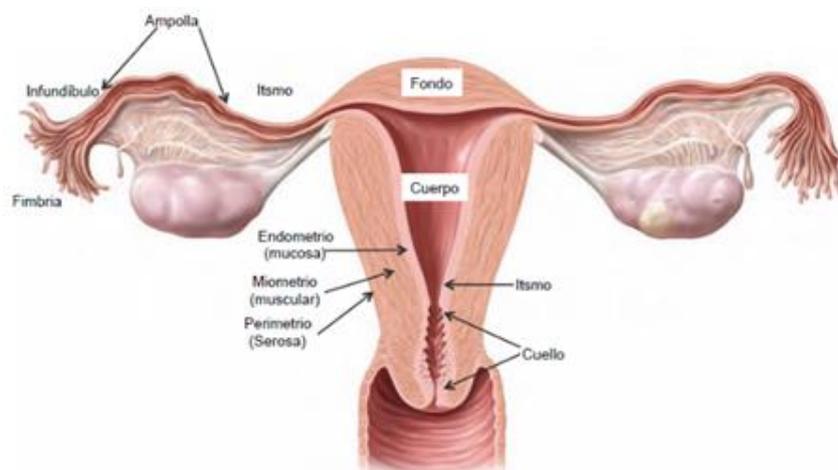


Imagen extraída del Prometheus Atlas de Anatomía Tomo 2, página 2

Irrigación, retorno venoso e inervación uterina

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la íliaca interna) ⁽⁸⁾.

Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas ⁽⁹⁾.

La inervación simpática se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios esplácnicos lumbares. Por otra parte, la inervación parasimpática se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios esplácnicos pélvicos hasta el plexo hipogástrico inferior ⁽¹⁰⁾.

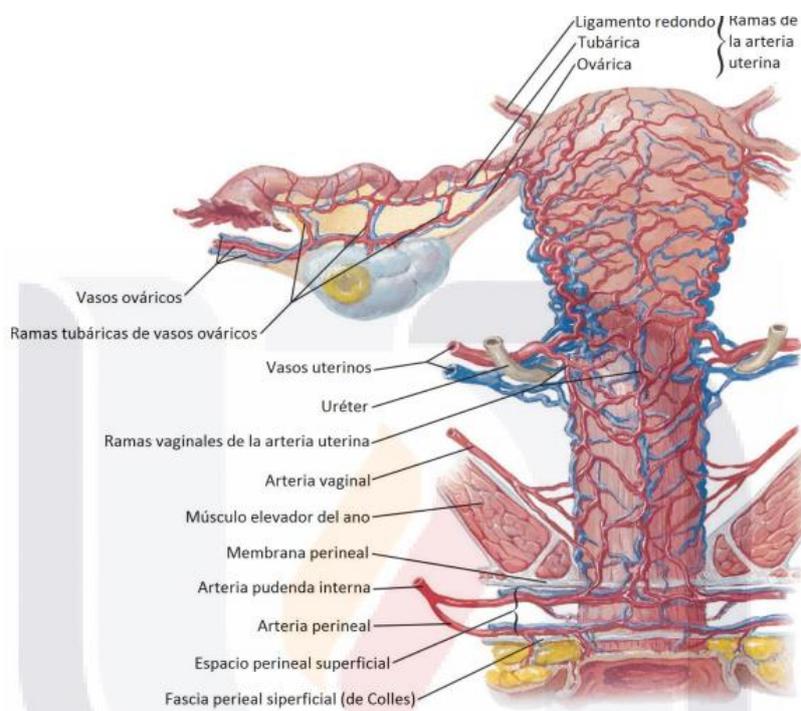


Imagen extraída del Netter, página 382 ⁽¹¹⁾

1.1.2 Fisiología del aparato reproductor femenino

Eje hipotálamo – hipofisiario – gonadal

La hipófisis es una pequeña glándula que se encuentra dentro de la silla turca del esfenoides. Está unida al hipotálamo por el tallo de la hipófisis o infundíbulo ⁽¹²⁾.

Casi toda la secreción de la hipófisis es controlada por el hipotálamo. El hipotálamo es una estructura nerviosa situada en la base del encéfalo y es el centro receptor de señales procedentes de muchas zonas del encéfalo, así como de órganos internos, de modo que las experiencias emocionales dolorosas o estresantes causan cambios en su actividad. A su vez, el hipotálamo controla el sistema nervioso autónomo y regula la temperatura corporal, el hambre, sed, la conducta sexual y las reacciones defensivas, como el miedo o la rabia. Además, en él se sintetizan, al menos, nueve hormonas diferentes con la función de regular la secreción de hormonas de la hipófisis anterior y otros grupos de neuronas especiales. De modo que el hipotálamo y la hipófisis en conjunto regulan prácticamente todos los aspectos del crecimiento, el desarrollo, el metabolismo y la homeostasia del organismo ⁽¹³⁾.

El hipotálamo secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) (La dopamina inhibe su producción) de manera pulsátil. Esta hormona ejerce su acción en la hipófisis, donde estimula la secreción de las gonadotropinas FSH y LH (pulsos lentos = sobreestiman la FSH, pulsos rápidos = sobreestiman la LH) que tendrán sus efectos, principalmente, en las gónadas (testículos u ovarios) ⁽¹⁴⁾.

Hormonas relacionadas con el ciclo menstrual

A continuación, presentamos un breve esquema de las hormonas más fundamentales del ciclo menstrual ⁽¹⁵⁾:

FSH (Hormona Estimulante del Folículo)

- Estimulan el crecimiento de la cohorte de los folículos y su granulosa.
- Provocan la producción de estrógenos.

LH (Hormona Luteinizante)

- Su liberación tiene un solo pico por efecto gatillo de los estrógenos.

- La ovulación es la consecuencia del pico de LH 24-36 horas más tarde.
- Favorece la luteinización del folículo tras la ovulación.

Estrógenos

- Se produce en el ovario desde la menarquía hasta la menopausia.
- Glándulas suprarrenales y tejido graso lo producen en menor cantidad.
- Genera los Caracteres Sexuales 2º femeninos.
- Distribución de la grasa corporal.
- Ligero efecto anabolizante.
- Vasodilatación.
- Impide la reabsorción ósea.
- Aumentan los HDL y disminuyen el colesterol total.
- El estrógeno más importante es el estradiol.
- En el embarazo la placenta también produce estrógenos.

Progestágenos

- Preparación del endometrio para la implantación y mantenimiento del embarazo.
- La elevación de la temperatura corporal a partir de la ovulación.
- Disminución del moco cervical y de la contractilidad uterina durante la gestación.
- El progestágeno más importante es la progesterona.

1.1.3 Ciclo reproductor femenino

La capacidad de reproducción es una función específica propia de la mujer. El ciclo ovárico y endometrial son fenómenos simultáneos y cíclicos. La finalidad del ciclo ovárico es proporcionar un óvulo viable para la fecundación mientras que la del ciclo endometrial es facilitar un emplazamiento adecuado donde el óvulo fecundado pueda implantarse y desarrollarse.

Ciclo ovárico

En ambos ovarios antes del nacimiento, se posee 1 millón de óvulos maduros (ovocitos), a los 13 años existen 400.000, de los cuales unos 400 llegarán a madurar para convertirse en óvulos ⁽¹⁶⁾.

La maduración de los ovocitos se produce gracias a que la FSH desarrolla a varios folículos, de los cuales sólo se seleccionará uno, el resto involucionarán y se transformarán en lo llamado un folículo atrésico ⁽¹⁷⁾.

El ciclo menstrual varía entre 15 y 32 días. El primer día del ciclo es el primer día de flujo menstrual (día 0) conocido como menstruación. Durante la menstruación el endometrio uterino es destruido y eliminado como flujo menstrual. Las hormonas FSH y LH se segregan en el día 0, comenzando tanto el ciclo ovárico como el menstrual. La FSH y la LH estimulan la maduración de un solo folículo en uno de los ovarios y la secreción de estrógenos. La elevación del nivel de estrógeno en sangre produce la secreción de LH, que estimula la maduración del folículo y la ovulación (alrededor del día 14, o mitad del ciclo). La LH estimula al folículo remanente a formar el cuerpo lúteo, que produce tanto estrógeno como progesterona. El estrógeno y la progesterona estimulan el desarrollo del endometrio y la preparación del endometrio uterino para la implantación del cigoto. Si no hubo embarazo, la caída de los niveles de FSH y LH hacen que se desintegre el cuerpo lúteo. La caída de los niveles hormonales también causa la eliminación del endometrio necrotizado por una serie de contracciones musculares del útero ⁽¹⁸⁾.

Ciclo endometrial

Ciclo bajo la acción secuencial y combinada de estrógenos y progesterona cada 28 días aproximadamente.

- **Fase proliferativa:** asociada al crecimiento folicular e incremento en la secreción de estrógenos. Reconstrucción a partir de la capa basal de la mucosa endometrial que se hiperplasia. Comienza al final de la menstruación (día 3-5 del ciclo) y dura hasta la ovulación (día 13-15 del ciclo) ⁽¹⁹⁾.
- **Fase secretora:** ocurre después de la ovulación. Cese de la proliferación endometrial (28-72 horas después de la ovulación). Es guiada por la progesterona, se segrega moco y glucógeno para la anidación y la nutrición del ovocito fecundado ⁽²⁰⁾.
- **Fase menstrual:** sin un ovocito fecundado el cuerpo lúteo involuciona (se produce disminución de progesterona y estrógenos). Debido a la caída de hormonas del cuerpo del útero, las arterias se cierran dando lugar a isquemia, aparecen hematomas y el endometrio comienza a descamarse ⁽²¹⁾.

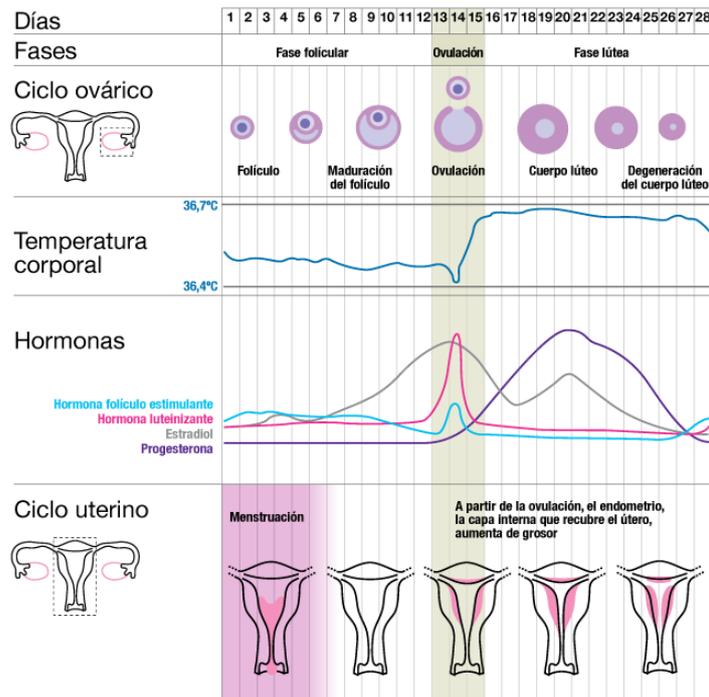


Imagen sobre las fases del ciclo endometrial y ovárico ⁽²²⁾

1.1.4 La menstruación

Como hemos mencionado anteriormente, es la descamación de la capa funcional del endometrio producida por causas hormonales, vasculares y nerviosas ya previamente descritas, compuesto por sangre, secreciones vaginales y células endometriales del revestimiento uterino, que se expulsa a través de la vagina.

Intervalo	24 – 38 días
Duración	4 – 8 días
Cantidad	5 – 80 ml

Límites de la normalidad del Ciclo Menstrual FIGO 2011 ⁽²³⁾

1.1.5 Dismenorrea

La dismenorrea, tema principal de este proyecto, se define como calambres dolorosos de tipo espasmódico en el abdomen inferior, en ausencia de patología orgánica pélvica, que pueden irradiarse a la zona lumbar de la espalda y a los muslos.

Además, el dolor puede ir acompañado de otros síntomas sistémicos lo cual además es bastante frecuente, síntomas tales como náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, insomnio, cefaleas, sudoración, cambios en el estado de ánimo, entre otros ⁽²⁴⁾.

Existen dos tipos de dismenorrea ⁽²⁵⁾:

- **Primaria:** a día de hoy no existe patología que lo explique, suele aparecer entre los 6 y 12 meses tras la menarquía (primera menstruación). Por lo general estos síntomas aparecen con el inicio de la menstruación o pocas horas después y pueden llegar a prolongarse desde 8 hasta 72 horas. Asimismo, la gravedad de estos síntomas aumenta durante los dos primeros días de la menstruación.
- **Secundaria:** existe una patología orgánica o está relacionada con la misma, algunas causas comunes son la endometriosis, adenomiosis, estenosis del cérvix, procesos infecciosos o tumores. Suele manifestarse una semana antes de la menstruación y puede perdurar durante todo el periodo.

1.1.6 Biología de la dismenorrea primaria

En cuanto a la fisiopatología y patogenia de la dismenorrea primaria, no está clara la causa que la produce.

La teoría más aceptada determina que el dolor se produce por la vasoconstricción de los vasos miometriales y endometriales que producen las prostaglandinas y los leucotrienos, produciendo hipercontractilidad del útero y el aumento de la presión uterina basal. Estaríamos hablando de que aquellas mujeres que sufren dismenorrea primaria presentan niveles de prostaglandinas más elevados durante la menstruación ⁽²⁶⁾. De hecho, los síntomas que acompañan a la dismenorrea primaria, es decir, náuseas, vómitos y/o diarrea, son típicos de los efectos adversos de la prostaglandina. También se ha

demostrado que las mujeres con dismenorrea tienen concentraciones más altas de vasopresina que las mujeres que no lo padecen ⁽²⁷⁾.

1.1.7 La dismenorrea y su relación con los hábitos saludables

En diferentes estudios se ha encontrado relación entre una alimentación no saludable y el aumento de la intensidad de la DP (dismenorrea primaria).

Por una parte, estaríamos hablando del desequilibrio de omega 6/omega 3. La proporción aproximada saludable de omega 6/omega 3 es de 4/1 a 1/1, es decir, un máximo de cuatro veces más de omega 6 que de omega 3. Sabiendo que nos encontramos en una sociedad en la que existe un alto consumo de ultraprocesados en su dieta habitual estamos llegando a proporciones superiores a 16/1.21. Ese desequilibrio entre estos dos ácidos grasos puede promover un estado inflamatorio latente en nuestro cuerpo. Los ultraprocesados desestabilizan el sistema inmunitario y provocan una respuesta inflamatoria más leve pero persistente. Este nivel de inflamación puede dar base a una mayor inflamación del útero durante la menstruación provocando más dolor ⁽²⁸⁾.

Asimismo, se ha confirmado que aquellas mujeres que consumen menos nutrientes protectores contenidos en las frutas, el huevo o el pescado, padecen de mayor dolor menstrual que aquellas que lo consumen regularmente, lo que se ve directamente relacionado con el nivel de omega 3, dado que este ácido graso compite con el omega 6 por la producción de prostaglandinas y leucotrienos. Las prostaglandinas generadas por el omega 3 se denominan de serie 3, las cuales tienen un poder reducido y por lo tanto producen una contracción y vasoconstricción miométrial menor ⁽²⁹⁾.

En cuanto a la relación entre la dismenorrea primaria y el consumo de huevo y frutas, se debe a su contenido en magnesio y calcio. El calcio actúa como regulador de la capacidad de las células musculares a la respuesta de la estimulación nerviosa, lo que significa que un consumo deficiente del mismo podría dar lugar a mayores espasmos y contracción muscular. Al igual que el calcio, el magnesio desempeña un papel fundamental en la transmisión sináptica, por lo que su reducción causaría una hiperexcitabilidad muscular ⁽³⁰⁾.

1.1.8 La cultura de la menstruación en la percepción del dolor

Debemos tener en cuenta que en el dolor de cualquier tipo intervienen factores biológicos (como los ya mencionados) pero también factores psicológicos y sociales ⁽³¹⁾, y esto como profesionales de la salud debemos tenerlo presente para un mejor abordaje de la dismenorrea primaria.

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, el dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”. Al contrario del dolor, que se define como un acontecimiento sensorial o emocional subjetivo, la nocicepción significa la recepción, transmisión y procesamiento por el sistema nervioso central de estímulos nocivos (dañinos o potencialmente dañinos para el tejido) ⁽³²⁾.

Como vemos, aspectos aprendidos, emociones y el entorno social tienen una influencia muy significativa sobre la manera como cada persona percibe el dolor, por eso es tan difícil su estudio y tratamiento. Sin embargo, una parte muy importante de la percepción del dolor es de origen puramente biológico.

La menstruación debido a los tabúes que la rodean está muy influenciada por mensajes negativos y esto provoca que dependiendo donde la mujer haya nacido, las influencias culturales, su religión o educación determinarán su percepción sobre esta y por tanto sobre el dolor, e influirá incluso en que la mujer decida buscar ayuda médica o lo valore como algo inherente a ese estado.

Las mujeres han vivido su menstruación de forma diferente según la cultura y el momento de la historia. El ciclo menstrual y el cuerpo femenino se consideraban sagrados hasta hace 5000 años, como ejemplo, en las culturas aborígenes se honraban con ceremonias la llegada de la menarquia ⁽³³⁾.

Sin embargo, con el paso a una sociedad patriarcal, la cual se perpetúa en la actualidad, todo lo relacionado con la menstruación pasa a ser algo sucio. Conocemos infinidad de mitos que demonizan este proceso biológico, algunos más antiguos referían que tocar el vino lo transformaba en vinagre, arruinaba las cosechas ⁽³⁴⁾, pero otros más actuales y presentes en nuestra sociedad siguen aconsejando el no realizar ningún esfuerzo/ejercicio o no tener relaciones sexuales durante la menstruación, tampoco cortarse el pelo porque no crecerá bien o que la sangre se coagula dentro del cuerpo si te bañas en una piscina o el mar, entre muchísimos otros que varían según la zona y/o el

país. De esta manera, la menstruación ha sido vivida por muchas mujeres como una experiencia traumática, debido a la falta de información, conocimiento y educación sobre la misma en el ámbito familiar y escolar.

La menstruación es un periodo lleno de contradicciones entre los aspectos biológicos y los socioculturales. La cultura que rodea a todo este proceso marca cómo debe sentirse y vivir la menstruación la mujer, y por lo general, está percibida como un proceso altamente negativo a pesar de ser completamente natural por lo que se mantiene como algo oculto y silenciado ⁽³⁵⁾. Es más, generalmente a menor edad de la mujer, mayor tabú existe, reflejado en el uso de pseudónimos para referirse a la menstruación (“me ha visitado la amiga”, “la roja”), siendo algo extendido por diferentes países.

Esto viene dado desde los comentarios que escuchamos en sociedad desde nuestros hogares (“tener la regla es horrible”, “los hombres esto no lo tienen que sufrir”), a medios de comunicación (anuncios de higiene menstrual donde el fluido que mancha es ligero y azul, películas y series donde las mujeres nunca pasan por este proceso) y centros educativos, donde la educación sexual y reproductiva sobre la mujer es pobre, no aparecen alusiones a la sangre con su color rojo característico, aun sabiendo la importancia de saber el color normal de la sangre menstrual, tampoco se menciona que se libera por la vagina ni aparecen imágenes del útero en el contexto del cuerpo ⁽³⁶⁾. En la única página de los libros de texto de biología en la que se menciona el tema “ciclo menstrual”, tampoco se refiere a cómo las mujeres pueden sentir la menstruación.

Toda esta connotación tan negativa que se da culturalmente que hace que las mujeres esperen la menstruación como algo “malo” o “sucio”, favoreciendo la idea de que pasar este proceso cada mes es un suplicio y, si a esto se le suma el hecho de que puede ser dolorosa la percepción negativa aumenta, siendo dos variables que se retroalimentan.

1.1.9 Prevalencia y consecuencias

Todo este conjunto de factores nos lleva a analizar las consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida de las mujeres bajo una perspectiva biopsicosocial.

Según la OMS (2002), la calidad de vida es un concepto que engloba la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y

preocupaciones, un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno ⁽³⁷⁾.

Siguiendo esta definición, la dismenorrea primaria compromete notablemente la calidad de vida de las mujeres que la sufren, al ser una dolencia que se produce mes a mes. Esta condición afecta tanto a la salud física como a la psicosocial. Diversos estudios reflejan que la intensidad media del dolor en la dismenorrea primaria es de 6 puntos siguiendo la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) ⁽³⁸⁾.

El dolor menstrual produce diversas limitaciones en el desarrollo de la actividad diaria dada su amplia sintomatología y umbral de intensidad. Se ha encontrado que los síntomas físicos más habituales son ⁽³⁹⁾:

- Calambres o cólicos
- Dolor de espalda baja
- Náuseas, vómitos
- Diarrea
- Dolor de estómago
- Cefalea
- Trastornos del sueño (fragmentación del sueño, somnolencia).
- Cansancio
- Dolores articulares
- Mareos, desmayos
- Cambios en el apetito
- Hinchazón abdominal
- Sensibilidad en las mamas

En cuanto a síntomas psicosociales, encontramos que existe relación entre la dismenorrea primaria, la depresión y la ansiedad, refiriendo que el 65% de las mujeres

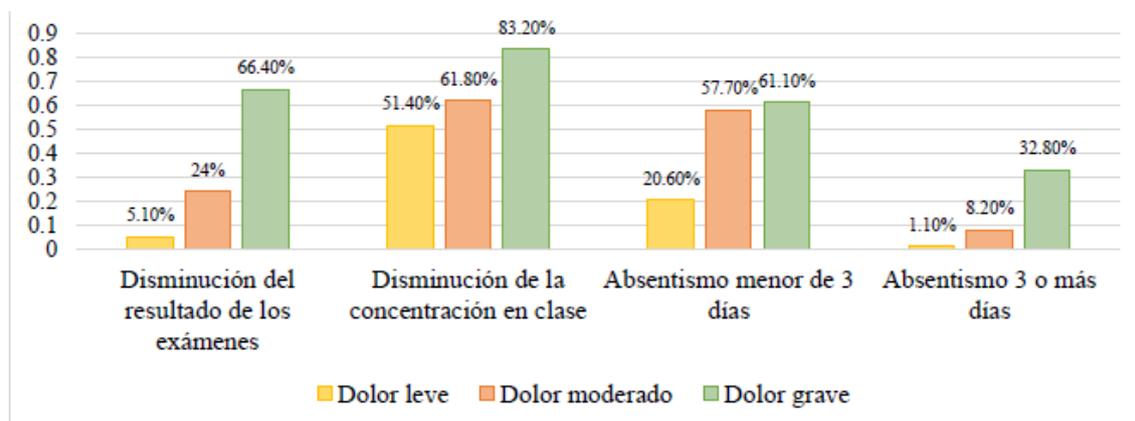
sufren síntomas de dichas patologías cuando sus menstruaciones son dolorosas ⁽⁴⁰⁾, además de cambios de humor, irritabilidad y agresividad.

Con todo lo mencionado, debemos tener en cuenta no solo la extensa sintomatología y su intensidad, sino su alta prevalencia para comprender su repercusión a nivel social.

Se estima que las mujeres de entre 17 y 24 años tienen una prevalencia de dismenorrea primaria del 67% al 90% ⁽⁴¹⁾. Otro estudio realizado en 2020 en la Universidad Privada Antenor Orrego, en el que se encuestó a 219 alumnas, dio como resultado una prevalencia de dismenorrea primaria del 89% ⁽⁴²⁾.

A pesar de tener una prevalencia general tan elevada, vemos como la mayoría de las mujeres no buscan una solución o adecuado asesoramiento al percibir este dolor como una parte normal del proceso fisiológico siendo consecuencia de una educación deficiente, como hemos analizado anteriormente. Esto da lugar a un problema a nivel social como lo es la disminución de la productividad en el trabajo y el rendimiento académico, la reducción de actividades sociales y deportivas, y el aumento del absentismo escolar y laboral. Aproximadamente el 18,35% de las mujeres con dismenorrea primaria se ausentan del trabajo durante la menstruación a causa del dolor, mientras que un 44,85% de las adolescentes faltan a clase por el mismo motivo, además de una limitación de las actividades sociales por preferir permanecer en casa 10,2% ⁽⁴³⁾.

Por todo esto y su alta incidencia, la dismenorrea primaria debería considerarse como un problema de salud pública.



Gráfica de consecuencias del aumento de la severidad del dolor en el absentismo y rendimiento escolar ⁽⁴⁴⁾

1.1.10 Manejo del dolor y tratamientos

En la actualidad, la mayoría de los tratamientos que tratan esta dolencia y que se pautan desde la atención primaria son farmacológicos, destacando dos opciones: AINES y anticonceptivos hormonales.

El tratamiento de primera elección son los AINES (antiinflamatorios no esteroideos), obteniendo que entre el 45% y 53% de las mujeres que los tomaron para el alivio del dolor menstrual consiguieron un alivio del dolor leve a moderado, siendo los más habituales el Ibuprofeno, el naproxeno sódico y dexketoprofeno. No obstante, estos están contraindicados en aquellas personas con antecedentes de úlceras gastrointestinales o insuficiencia renal ⁽⁴⁵⁾.

Los anticonceptivos hormonales, en cualquiera de sus formas, también son ampliamente utilizados para disminuir la dismenorrea primaria, dado que estos inhiben el ciclo hormonal y, por consiguiente, la menstruación.

Los anticonceptivos orales son la primera elección. Al suprimir la ovulación, mejoran los síntomas de la dismenorrea, dado que se reduce el volumen del endometrio y la cantidad de prostaglandinas producidas, consiguiendo un alivio de los calambres menstruales ⁽⁴⁶⁾.

Sin embargo, es vital informar debidamente a las mujeres sobre el uso de anticonceptivos hormonales como parche para la dismenorrea primaria por su extensa lista de efectos secundarios a corto y largo plazo, algunos de ellos de vital importancia como aumentar el riesgo de deficiencias en vitaminas B6, B12 y ácido fólico ⁽⁴⁷⁾ aumento del riesgo de tromboembolismo venoso y arterial, aumento del riesgo de cáncer cervical, mayor riesgo de pancreatitis en mujeres con hipertrigliceridemia o HTA ⁽⁴⁸⁾.

Estos anticonceptivos hormonales son pautados con regularidad y es algo que como sanitarios deberíamos analizar previamente dado que muchas veces se prescriben a mujeres aún muy jóvenes, si bien no por dismenorrea primaria, por sangrado abundante o irregularidad del ciclo, este último siendo contraproducente puesto que no regula el ciclo, sino que lo inhiben como se ha explicado previamente.

El tratamiento del dolor con un enfoque basado en el uso de analgésicos o tratamientos hormonales no funciona en todos los casos. Dada la amplitud de los efectos adversos de los dos primeros tratamientos de elección, así como la severidad de los

segundos, debemos ampliar la estrategia terapéutica abarcando otras terapias no farmacológicas que, a pesar de que pueden no estar financiadas, es nuestra responsabilidad informar a las mujeres de tratamientos alternativos a los habituales, como técnicas fisioterápicas.

Un tratamiento alternativo que podríamos considerar sería el campo electromagnético de pulsos (PEMF), puesto que actúa produciendo vasodilatación, efecto analgésico, acción antiinflamatoria y actividad antiedematosa ⁽⁴⁹⁾.

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) implica la estimulación de la piel mediante el uso de diferentes frecuencias y corrientes eléctricas, para proporcionar alivio del dolor, actuando mediante la Teoría de la compuerta del dolor ⁽⁵⁰⁾. Esta alternativa podría ser de más fácil acceso que la anteriormente nombrada puesto que existen diversas marcas que comercializan aparatos portátiles de TENS específicos para el dolor menstrual, con unos niveles de frecuencia determinados y seguros, por lo que la mujer no tendría que acudir mensualmente al fisioterapeuta para recibir dicha terapia.

Realizar ejercicio habitualmente puede ser un componente complementario además de un hábito saludable que reduce la intensidad y duración del dolor y las dosis de medicación utilizadas. Hacer ejercicio puede reducir el estrés y la ansiedad dado que produce una liberación de endorfinas que conduce a un aumento del umbral del dolor ⁽⁵¹⁾. Se ha comprobado que realizar ejercicios aeróbicos durante 12 semanas de manera regular, produce una disminución significativa de la intensidad del dolor ⁽⁵²⁾. Por tanto, el ejercicio habitual conjunto a una alimentación saludable que también se evidencia que tiene una estrecha relación con la DP, puede favorecer la disminución del dolor menstrual.

Por otra parte, la masoterapia fisioterapéutica mejora el flujo sanguíneo y linfático y relaja los músculos contraídos. Además, la reducción del estrés y ansiedad gracias al masaje favorece la relajación frente al dolor ⁽⁵³⁾.

2. Estado actual del tema

Tras una larga revisión bibliográfica realizada en diversas bases de datos como Punto Q, Google académico, Elsevier, Cochrane, Scielo y Dialnet, utilizando las palabras clave: dismenorrea, dismenorrea primaria, ciclo menstrual, prevalencia, manejo del dolor menstrual, calidad de vida, tratamiento, terapia alternativa, cultura y género, se han encontrado un gran número de estudios que consideran el tema a tratar en este proyecto.

En primer lugar, encontramos diferentes estudios que reflejan que la dismenorrea primaria es el trastorno ginecológico más común en las mujeres en edad reproductiva y que su prevalencia, aunque es difícil de determinar dado que existen muchos casos sin documentar, oscila entre el 60% - 90%.

En mujeres en edad reproductiva, del 2% al 29% muestran un dolor severo; si la edad de inicio es sobre los 12, 13 años y la de desaparición sobre los 45 a 50, las mujeres pueden llegar a presentar dolor en 20-30 años de su vida ⁽⁵⁴⁾.

Asimismo, vemos como la dismenorrea primaria es la causa más frecuente de la reducción de la productividad laboral, del rendimiento académico, así como de la disminución de las actividades sociales, físicas y deportivas de las mujeres ⁽⁵⁵⁾.

El tratamiento de elección para esta dolencia es tratamiento farmacológico como inhibidores de prostaglandinas, anovulatorios y AINES, pero la tasa de fracaso es del 20-25% ⁽⁵⁶⁾.

En la actualidad, los tratamientos previamente mencionados están respaldados científicamente por su eficiencia, sin embargo, como sanitarios debemos tener en cuenta los efectos secundarios que estos producen al igual que para cualquier otra condición. De la misma manera, el hecho de la temprana edad a la que muchas mujeres comienzan a utilizarlos además de que probablemente recurran a estos en prácticamente todas sus menstruaciones, implica que tendremos una población altamente medicada desde muy jóvenes, por lo tanto, se debería ampliar la visión de tratamiento a eliminar la causa y no únicamente los síntomas, además de considerar otros tratamientos no farmacológicos para disminuir la DP.

3. Justificación

La dismenorrea primaria es el problema ginecológico más común entre mujeres en edad reproductiva. Aunque se ha estudiado los efectos de este síndrome doloroso sobre el rendimiento laboral, académico y en el desarrollo de las actividades diarias, no se ha investigado en profundidad por qué se produce si no existe una patología conocida que lo produzca ni el impacto de la dismenorrea sobre la calidad de vida de las mujeres afectadas. Teniendo una prevalencia de entre 15% a 90% de las mujeres de edad fértil según edad, entendemos que se trata de una condición apartada e invisibilizada por la sociedad, siendo esto una cuestión de género ⁽⁵⁷⁾.

Abarcar adecuadamente la dismenorrea primaria y conocer sus causas, es fundamental para evitar que se produzca ese malestar mes a mes que sufren muchas mujeres, con el impacto social, productivo y económico que supone.

Como profesionales sanitarios, es imprescindible suplir la falta de información no solo desde las consultas de atención primaria, sino como parte de la educación sanitaria desde las aulas. La motivación de este trabajo de fin de grado es reflejar esta prevalencia y el impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo sufren, así como la importancia de tratar este tema con perspectiva de género desde la enfermería y en sociedad.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

1. Conocer la prevalencia de la dismenorrea primaria y el impacto que conlleva en la calidad de vida de las mujeres en edad fértil.

4.2 Objetivos específicos

1. Conocer el grado de información y/o educación que disponen sobre la dismenorrea primaria.
2. Determinar cómo perciben las mujeres la dismenorrea primaria.
3. Identificar los métodos que tienen las mujeres respecto al manejo del dolor en la dismenorrea primaria.
4. Reflejar la evolución de la dismenorrea primaria en mujeres que han dado a luz.

5. Metodología

5.1 Diseño del trabajo

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y con carácter retrospectivo.

5.2 Población y muestra

La población diana de este estudio ha comprendido mujeres con menstruación mayores de 15 años.

El tamaño muestral viene determinado por todas las mujeres que hayan deseado participar en la encuesta en el periodo de tiempo que esta haya estado disponible, dado como resultado un total de 140 mujeres (n=140).

5.2.1 Criterios de inclusión

- Ser mujer.
- Ser mayor de 15 años.
- Estar en edad fértil.

5.2.2 Criterios de exclusión

- Ser hombre.
- Tener menos de 15 años.
- No tener menstruación.
- No querer participar en la encuesta.
- Problemas idiomáticos.
- Diferencias/choques culturales.

5.3 Variables

Entre las variables que se han tenido en cuenta para este proyecto encontramos:

- Sexo: mujer.
- Edad: de 15 a mayor de 40 años.
- Nivel de estudios: E.S.O, ciclo medio, bachillerato/ciclo superior, universitario.

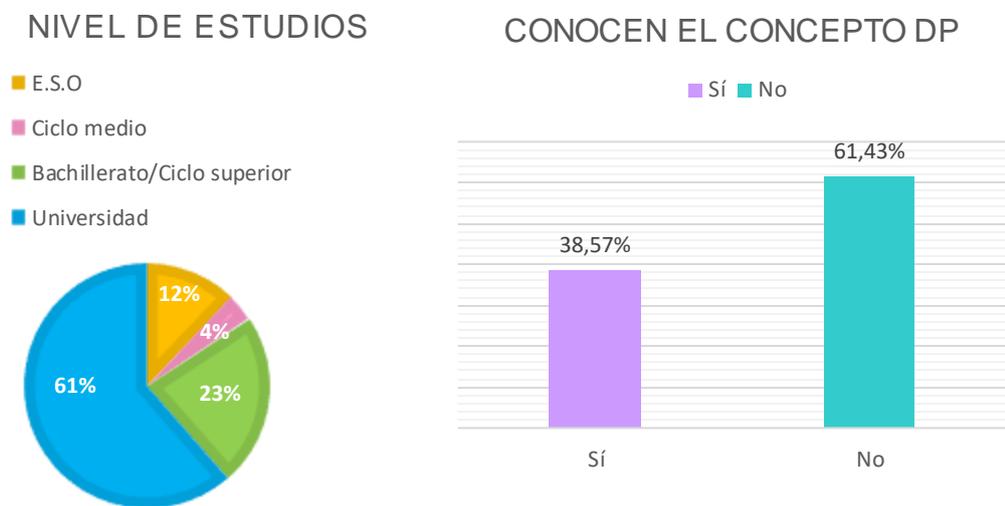
5.4 Técnica de recogida de datos

La recogida de datos de este proyecto se ha realizado gracias a un sencillo pero elaborado cuestionario en la plataforma GoogleForms de manera online, que consta de 20 preguntas (**anexo 1**). Se trata de un cuestionario tipo test, en su mayoría preguntas de respuesta cerrada y algunas de respuesta múltiple. La participación en este cuestionario ha sido completamente voluntaria y anónima, siendo la duración de esta aproximadamente 5 minutos.

Los resultados estadísticos se obtuvieron del propio programa GoogleForms que los genera automáticamente al realizar las encuestas, posteriormente se realizó un Excel que sirvió de base para la obtención de las gráficas que se reflejarán a continuación.

6. Resultados

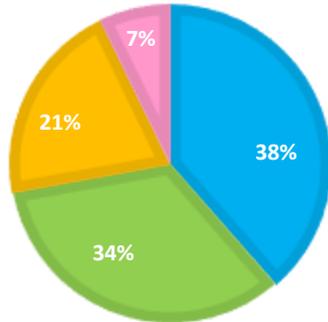
A continuación, analizaremos los datos obtenidos en la encuesta. La encuesta fue abierta el día 26/04/2022 y cerrada el 01/05/2022. Entre esos días se encuestó a un total de 140 mujeres en edad fértil en la isla de Tenerife. Las edades comprendidas de las mujeres encuestadas fueron de 15 años a mayores de 40, siendo el grupo de 21 – 30 años el de mayor representación siendo un 46% de las mujeres. En la encuesta también se tuvo en cuenta el nivel de estudios de las encuestadas a fin de relacionar el nivel académico con el nivel de conocimiento sobre la menstruación y DP que, como vemos a continuación, a pesar de que las encuestadas en su mayoría tienen niveles universitarios desconocen la DP a pesar de padecerlo.



En la encuesta se formuló la pregunta en referencia a la frecuencia del dolor que padecen en sus menstruaciones, así como si no lo padecían, para dar con una prevalencia aproximada entre las mujeres encuestadas.

DOLOR EN LA MENSTRUACIÓN

■ Sí, todos los meses ■ Casi todos los meses
■ La mayoría de los meses, no ■ No

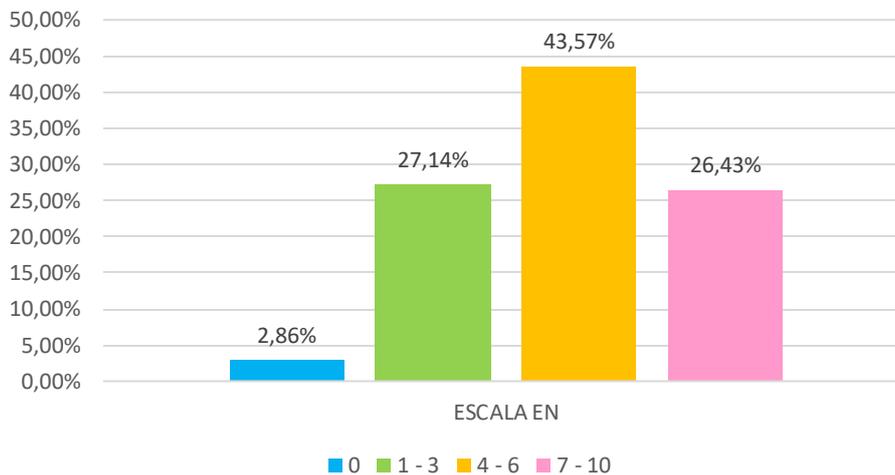


Como vemos en la gráfica, el 38% de las mujeres sufren mensualmente dismenorrea y un 34% casi todos los meses, por lo que estaríamos hablando de que más del 70% de las mujeres encuestadas sufre dolor en la menstruación de manera habitual. Mientras un 21% lo padece únicamente como algo excepcional y un 7% nunca. Con una prevalencia

tan elevada se confirmaría que hablamos de un problema de salud pública entre las mujeres en edad fértil.

Además, nos apoyamos en la bibliografía encontrada, en la que tal y como se expuso en el marco teórico, se refleja la intensidad del dolor percibido en un 6 sobre 10 según la EVA. En nuestra encuesta, se realizó una medición del dolor siguiendo la Escala EN (escala numérica) a modo de resultar más visual. Se les pidió a las mujeres que numeraran su dolor siguiendo la escala con una foto de esta (**Anexo 1**).

INTENSIDAD DEL DOLOR

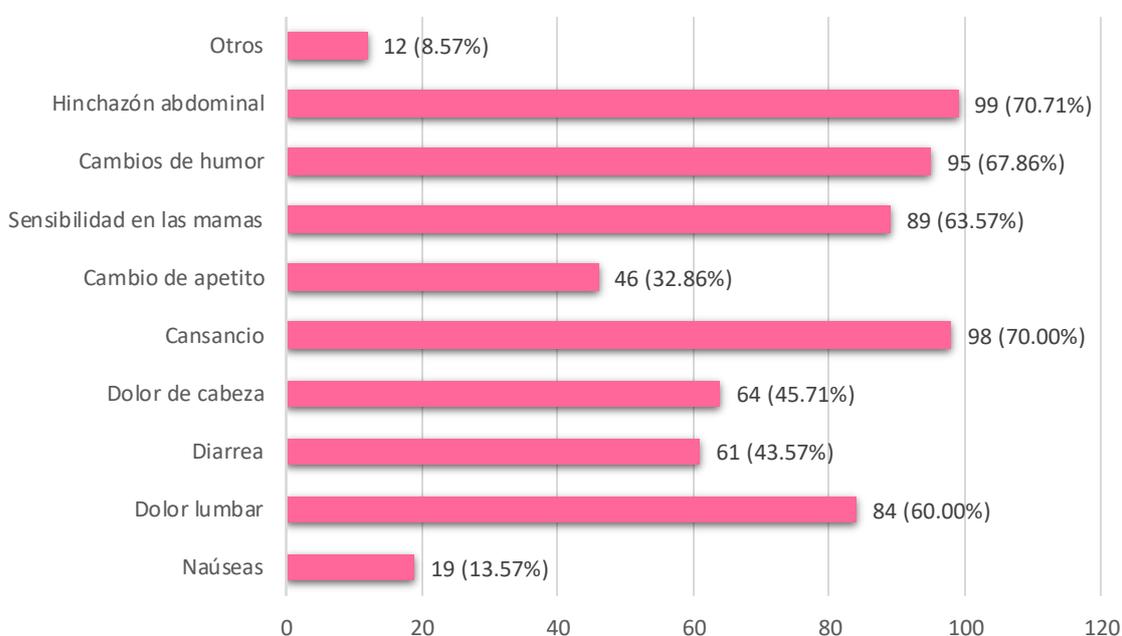


El 43,57% de las encuestadas refiere que el dolor durante la menstruación un nivel medio, por otra parte, un 26,43% sufre un dolor intenso y un 27,14% dolor leve, dejando la evidencia de que la mayor parte de las mujeres sobre un dolor “soportable” dentro de la

subjetividad. No obstante, no se debe descartar que casi una cuarta parte de las mujeres sufre dolor severo que probablemente cause un suplicio mes a mes en aquellas que lo sufren, mientras que la otra cuarta parte, aunque sea leve, lo padece.

En referencia a la evolución del dolor relacionado con la paridad, no se ha encontrado una clara relación. A aquellas mujeres que habían tenido partos independientemente de vía vaginal o cesárea, se les preguntó si habían experimentado cambios en la intensidad del dolor que sentían, obteniendo que el 50% no habían experimentado ningún cambio y el dolor era el mismo que antes de la gestación, pero un 41% respondió que su dismenorrea era de menor intensidad. Al ser ambos porcentajes tan elevados es difícil explicar si existe relación o se trata de una mera casualidad que puede verse relacionada con la edad o el cambio a hábitos más saludables que algunas mujeres suelen comenzar al verse en estado y que posteriormente continúan.

Anteriormente en el marco teórico se expuso los síntomas más frecuentes descritos por mujeres en diferentes estudios más allá del dolor que pueden sumarse a cómo puede influir en el desarrollo de una normal actividad diaria. Se realizó una lista con estos síntomas en la encuesta como ítem de opción múltiple para que las encuestadas pudieran seleccionar todos aquellos síntomas que padecieran durante de la menstruación además del dolor.



En esta gráfica se representan los síntomas más habituales, así como el número de mujeres que marcó ese síntoma del total de las 140 encuestadas además del porcentaje de prevalencia que le corresponde. El 70% de las mujeres refiere tener hinchazón

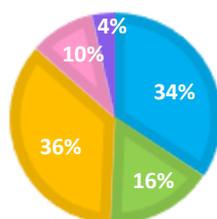
abdominal y cansancio durante el periodo menstrual, más de un 60% padecen sensibilidad en las mamas, dolor lumbar y cambios de humor. Se encuentran en menor representación, pero sin perder la importancia la diarrea, cefalea y el cambio del apetito, mientras que las náuseas y otros síntomas sin especificar no se consideran tan destacables en contraposición a los demás que tienen una prevalencia mucho más elevada. En vista del amplio rango de síntomas que de por sí suponen un condicionamiento en la actividad de las mujeres durante la menstruación se suma la intensidad de la dismenorrea, a lo que el 64% contestó que efectivamente, el dolor que padecen durante estos días les influye en el normal desempeño de su vida diaria. Sin embargo, a pesar de que la mayoría refleja que el dolor les afecta en la actividad diaria el 49% afirma haber faltado a clase/trabajo por esta razón.

Se dan resultados muy semejantes al ser 51% las que no han faltado y un 49% las que sí a pesar de que más de la mitad se ven condicionadas por la dismenorrea. Esto puede deberse al miedo por la posible repercusión que podría tener la falta mes a mes al puesto de trabajo, más que en el ámbito académico. Si tenemos a una mujer que todos los meses necesita pedir un reposo de 48h por su situación menstrual, probablemente tenga miedo a no ser renovada al finalizar el contrato, a ser juzgada en el ámbito de trabajo, entre otros, mientras que el acudir a trabajar en una situación de malestar y siendo unos de los síntomas más frecuentes el cansancio como se vio en la gráfica, se traduce en empeoramiento de los síntomas, favoreciendo así la experiencia negativa además de no rendir adecuadamente, quizás por esto es por lo que cada día escuchamos más hablar de la coloquialmente llamada “baja menstrual”.

Para el alivio de la dismenorrea se utilizan habitualmente los AINES, se preguntó en la encuesta con qué frecuencia los tomaban para aliviar su dolor dan como resultado:

FRECUENCIA DE USO DE FÁRMACOS

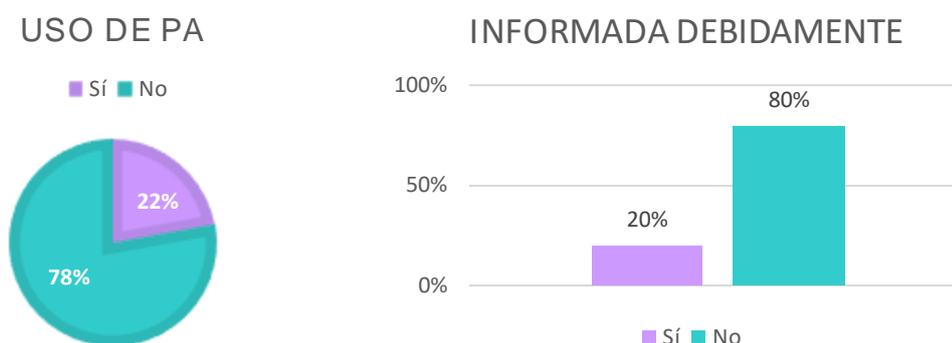
- Sí, siempre
- Solo ocasionalmente
- Sí, pero trato de evitarlo
- No, no los necesito
- Utilizo otras terapias



Como observamos, un 34% recurre mes a mes a los AINES para el alivio del dolor menstrual mientras que un 36% lo toma, pero preferiría no hacerlo, además del 16% que solo los toma de manera ocasional, estaríamos hablando de que un total de 86% de las

mujeres consume fármacos para el alivio de la dismenorrea y un 70% lo haría habitualmente, estamos hablando de una población medicada mes a mes desde muy temprana edad en una cuestión que no se ve valorada y, por consiguiente, investigada.

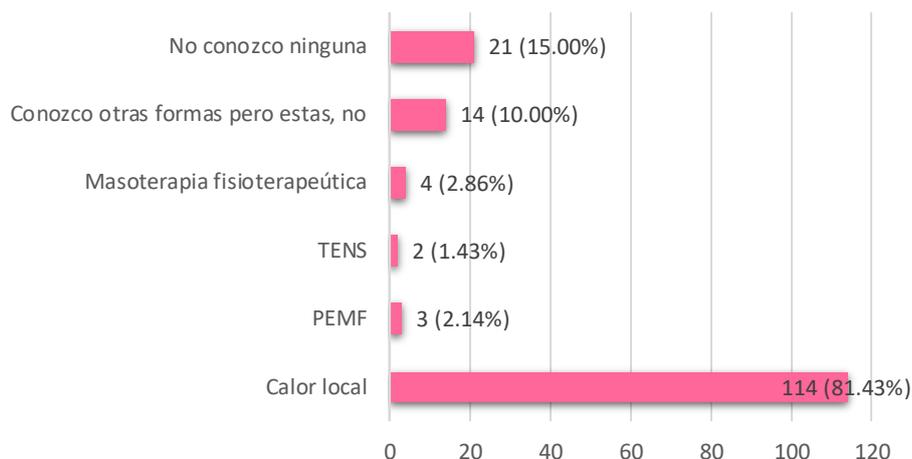
Con anterioridad, se reflejó que los anticonceptivos hormonales, comúnmente la píldora anticonceptiva combinada son otro fármaco que se utiliza con el fin de disminuir el dolor menstrual al igual que otras dolencias como la menorragia y alteraciones hormonales. Por ello, se preguntó si tomaban la píldora con este fin y, aquellas que la tomaban, si consideraban que se las había informado correctamente antes de comenzar a tomarlas dado los amplios y severos efectos adversos que puede tener.



Con los datos obtenidos se representa que el 22% de las encuestadas toman la píldora anticonceptiva con el fin de inhibir el ciclo ovulatorio y, por lo tanto, no padecer dismenorrea primaria. Como sabemos, en el caso de seguir padeciendo dolor durante el sangrado por privación podríamos sospechar de una causa patológica de la dismenorrea. A pesar de que un 22% es cerca de una cuarta parte de las mujeres, el 80% de estas que toman la PA refieren que no fueron suficientemente informadas sobre lo que puede conllevar el uso de este fármaco.

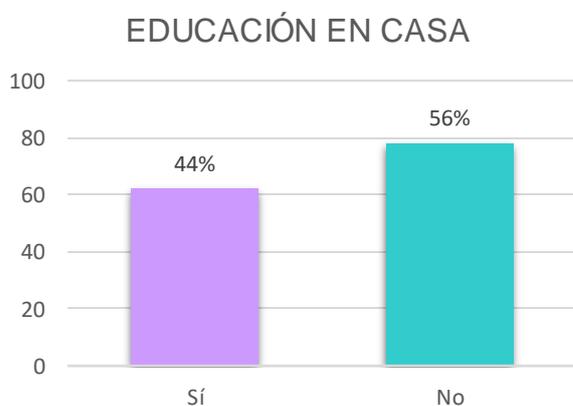
Con el fin de dar a conocer otras terapias que disminuyen la dismenorrea de forma eficiente, se realizó una pregunta de ítem múltiple que exponía las terapias alternativas del marco teórico, para que marcaran aquellas que conocían y si estarían dispuestas a probarlas.

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS



En esta gráfica se representa las terapias alternativas expuestas y el número de mujeres de las 140 que escogieron esas opciones con el porcentaje correspondiente. La terapia más conocida es el calor local con un 81%, probablemente por ser la más antigua y la de más fácil obtención además del bajo coste que supone una bolsa de agua caliente o una pequeña manta eléctrica. Un mínimo de mujeres que no llega al 3% refiere conocer las terapias alternativas referentes a la fisioterapia. Esto también nos indica que falta mucha información a nivel social sobre otras terapias que no sean farmacológicas a todos los niveles, AP, hospitales, aulas, etc. A pesar de no conocerlas, el 72% de las encuestadas estaría dispuesta a probarlas, lo que nos indica una clara predisposición, sobre todo, entendemos, en aquellas mujeres que trataban de evitar los fármacos.

En lo referente a al conocimiento sobre la menstruación como proceso fisiológico y el dolor que puede venir asociado, se preguntó a las voluntarias si percibían que la educación sobre la menstruación que se les había dado en sus casas había sido suficiente y si en el ámbito escolar habían estudiado este proceso, así como los síntomas y las posibles complicaciones.



El 56% refiere no haber tenido suficiente información por parte de sus familias sobre la menstruación, por otro lado, de manera semejante el 44% refiere haber sido adecuada.

En el ámbito escolar encontramos que el 40% no estudiaron nada en referencia a la menstruación como proceso y un 46% a pesar de haberlo estudiado fue una información pobre. Solo un 4% trató la menstruación en su totalidad, dado que un 10% sí que estudió sobre el proceso, pero no sobre la dismenorrea.

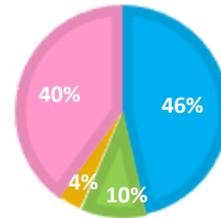
Esta falta de información en los dos niveles más básicos como lo son el hogar familiar y los estudios obligatorios se traduce en una normalización de la dismenorrea como vemos en la sociedad. Las mujeres no cuestionan lo que sucede en sus cuerpos y por ello lo callan e invisibilizan. Es curioso como las mujeres encuestadas han reflejado que mayoritariamente la educación acerca de la menstruación que recibieron fue muy limitada y, a pesar de esto, el 56% refiere saber cómo y por qué la menstruación puede ser dolorosa, a pesar de haber visto en la amplia bibliografía que existen diversas teorías, pero ninguna específicamente confirmada.

También invita a la reflexión el hecho de las mujeres han reflejado que el dolor menstrual condiciona su vida diaria, que muchas lo sufren todos los meses y en ocasiones con una elevada intensidad, que siendo elevada o no recurren habitualmente a fármacos a pesar de no ser debidamente informadas y, sin embargo, la mayoría con un 57,9% considera normal padecer dismenorrea durante la menstruación y a su vez reflejar en una extensa mayoría (84%) que la DP está subestimada a nivel social.

Por último, se ha visto que el 53% de las voluntarias opina que su dolor se ha visto infravalorado por la atención sanitaria, lo que como personal sanitario deberíamos tener en cuenta a la hora de enfrentarnos nuevamente a una mujer que expone su condición.

INFORMACIÓN EN LAS AULAS

- Sí, pero muy por encima
- Sí, en profundidad pero no hablamos del dolor
- Sí, sobre todo lo que conlleva la menstruación
- No



7. Conclusión

Gracias a los resultados obtenidos podemos reflexionar sobre cómo a pesar de la alta prevalencia de la dismenorrea primaria es tratada a menudo de manera pobre y superficial, siendo incluso una condición ignorada por los/as profesionales de la salud y las mujeres mismas, que la aceptan como una parte normal de su proceso, probablemente como consecuencia a la baja información que se facilita. Además de esto, en la búsqueda de bibliografía no se han encontrado suficientes investigaciones que analicen este problema, lo que podría constituir un sesgo de género al ser una condición única de la mujer, dando explicación al hecho de que siempre busquemos parches para silenciar el dolor en forma de fármacos mientras que no nos centramos en buscar la causa ni en su prevención.

Sin duda, nos queda un largo camino por recorrer en materia de igualdad en sociedad, pero para recorrer ese camino, desde la medicina y la enfermería podemos investigar y proveer a las mujeres de la información que ya tenemos en la mano para que conozcan sus cuerpos y puedan identificar lo que es normal y lo que no, como el dolor, para que puedan identificar los problemas y poco a poco se vaya haciendo eco en sociedad, ganándose el respeto y la atención que se merecen, como poco a poco está sucediendo con la endometriosis.

8. Bibliografía

1. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 17 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
2. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 17 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
3. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 17 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
4. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 17 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
5. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Anatomía del cérvix. [citado 17 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix/anatomia>
6. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 17 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
7. MacPherson B, Ross Lawrence M, Voll M, Wesker K, Prometheus Atlas de Anatomía Tomo 2, Médica Panamericana [Internet]. 2015 [citado 18 noviembre 2021] Disponible en: <https://www.engotraining.com/wp-content/uploads/2018/08/prometheus-tomo-2.pdf>
8. Castillo Cañadas A. Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama. [Internet] 2011. [citado 19 noviembre 2021] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
9. Castillo Cañadas A. Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama. [Internet] 2011. [citado 19 noviembre 2021] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf

10. Castillo Cañadas A. Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama. [Internet] 2011. [citado 19 noviembre 2021] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
11. Frank H. Netter. Atlas de Anatomía Humana. 2015. [citado 19 noviembre 2021]
12. Alejandra Belardo M. Fisiología del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. [Internet] [citado 19 noviembre 2021] Disponible en: <https://obgin.net/cursos/wp-content/uploads/2020/03/Fisiologi%CC%81a-de-Eje-HHG.-Mirada-PINE.pdf>
13. Alejandra Belardo M. Fisiología del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. [Internet] [citado 19 noviembre 2021] Disponible en: <https://obgin.net/cursos/wp-content/uploads/2020/03/Fisiologi%CC%81a-de-Eje-HHG.-Mirada-PINE.pdf>
14. Zanin L. Paez A. Correa C. De Bortoli M. Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. [Internet] 2012. [citado 22 noviembre 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18426920004.pdf>
15. Navarro Bosch D. Estrógenos, Progestágenos y Ciclo Celular. [Internet] 2004. [citado 22 noviembre 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18426920004.pdf>
16. Castillo Cañadas A. Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama. [Internet] 2011. [citado 22 noviembre 2021] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
17. Castillo Cañadas A. Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama. [Internet] 2011. [citado 22 noviembre 2021] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
18. Castillo Cañadas A. Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama. [Internet] 2011. [citado 22 noviembre 2021] Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
19. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 25 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
20. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 25 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>

21. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino [Internet]. Enfermera virtual. [citado 25 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
22. Junta de Andalucía. Repositorio. [Internet] [citado 25 noviembre 2021] Disponible en: http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/14122010/44/es-an_2010121413_9122951/ODE-edd7d6c8-b1d0-3c9e-beed-962d13b7ff69/2_qu_rollo_los_bochornos.html
23. Protocolos SEGO. Sangrado menstrual abundante. [Internet] 2013. [citado 6 diciembre 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-sangrado-menstrual-abundante-sma-actualizado-S0304501313001957>
24. Lacovides S. Avidon I. Baker F. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. [Internet] 2015. [citado 6 diciembre 2021] Disponible en: <https://academic.oup.com/humupd/article/21/6/762/628858?login=false>
25. Urrutia Ruiz M. Dismenorrea Conceptos Generales. [Internet] 2013. [citado 6 diciembre 2021] Disponible en: http://www.comego.org.mx/formatos/Revista%20de%20GO%20de%20M%C3%A9xico/2013/femego_enero_2013.pdf#page=83
26. Mavrellos D, Saridogan E. Treatment options for primary and secondary dysmenorrhoea. [Internet]. 2017. [citado 12 diciembre 2021] Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/psb.1624>
27. Mavrellos D, Saridogan E. Treatment options for primary and secondary dysmenorrhoea. [Internet]. 2017. [citado 12 diciembre 2021] Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/psb.1624>
28. Ríos C. Come Comida Real. Editorial Paidós. 2019.
29. Balbi C. et al. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. [Internet] 2000. [citado 12 diciembre 2021] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211599002778>
30. Balbi C. et al. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. [Internet] 2000. [citado 12 diciembre 2021] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211599002778>
31. Castañeda Hernández G. Perspectiva biopsicosocial del dolor. [Internet] 2020. [citado 12 diciembre 2021] Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/71_2/PDF/04_71_2_1229_Biopsicosocial-L.pdf

32. Pérez Martín Y. Pérez Muñoz M. Los factores psicosociales en el dolor crónico, intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. [Internet] 2018. [citado 12 diciembre 2021] Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/71>
33. Kohen M. Minardi E. Problematizando las enseñanzas sobre la menstruación en la escuela: lo disimulado, lo negativo, lo silenciado. [Internet] 2016. [citado 13 diciembre 2021] Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/117824>
34. Kohen M. Minardi E. Problematizando las enseñanzas sobre la menstruación en la escuela: lo disimulado, lo negativo, lo silenciado. [Internet] 2016. [citado 13 diciembre 2021] Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/117824>
35. Botello Hermosa A. Casado Mejía R. Significado cultural de la menstruación en mujeres españolas. [Internet] 2017. [citado 13 diciembre 2021] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532017000300089&script=sci_arttext&lng=e
36. Kohen M. Minardi E. Problematizando las enseñanzas sobre la menstruación en la escuela: lo disimulado, lo negativo, lo silenciado. [Internet] 2016. [citado 13 diciembre 2021] Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/117824>
37. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Gobierno de México [Internet] 2021. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
38. Núñez Claudel B. Cáceres Matos R. Vázquez Santiago S. Gil García E. Consecuencias de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes y adultas. [Internet] 2020. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://revistas.um.es/igual/article/view/402211/278861>
39. Núñez Claudel B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida. [Internet] 2018. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/114718>
40. Núñez Claudel B. Cáceres Matos R. Vázquez Santiago S. Gil García E. Consecuencias de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes y adultas. [Internet] 2020. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://revistas.um.es/igual/article/view/402211/278861>
41. Núñez Claudel B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida. [Internet] 2018. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/114718>

42. Parimango Pereda C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a dismenorrea en estudiantes de medicina. [Internet] 2020. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/6661>
43. Núñez Claudel B. Cáceres Matos R. Vázquez Santiago S. Gil García E. Consecuencias de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes y adultas. [Internet] 2020. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://revistas.um.es/igual/article/view/402211/278861>
44. Núñez Claudel B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida. [Internet] 2018. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/114718>
45. Mazoterías García M. Efectividad de la terapia manual en pacientes con dismenorrea primaria. [Internet] 2016. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40295/>
46. Núñez Claudel B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida. [Internet] 2018. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/114718>
47. McArthur J. Tang H. Petocz P. Samman S. Biological variability and impact of oral contraceptives on Vitamins B₆, B₁₂ and Folate Status in women of reproductive age. [Internet] 2013. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/5/9/3634>
48. Liofora Diario 3mg. Ficha Técnica. [Internet] 2021. [citado 20 enero 2022] Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68025/68025_ft.pdf
49. González Infante C. Abordaje fisioterápico de la dismenorrea primaria. [Internet] 2018. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31895>
50. González Infante C. Abordaje fisioterápico de la dismenorrea primaria. [Internet] 2018. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31895>
51. González Infante C. Abordaje fisioterápico de la dismenorrea primaria. [Internet] 2018. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31895>
52. Núñez Claudel B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida. [Internet] 2018. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/114718>
53. González Infante C. Abordaje fisioterápico de la dismenorrea primaria. [Internet] 2018. [citado 20 enero 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31895>

54. Mazoterías García M. Efectividad de la terapia manual en pacientes con dismenorrea primaria. [Internet] 2016. [citado 2 febrero 2022] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40295/>
55. Núñez Claudel B. Cáceres Matos R. Vázquez Santiago S. Gil García E. Consecuencias de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes y adultas. [Internet] 2020. [citado 2 enero 2022] Disponible en: <https://revistas.um.es/igual/article/view/402211/278861>
56. Mazoterías García M. Efectividad de la terapia manual en pacientes con dismenorrea primaria. [Internet] 2016. [citado 2 febrero 2022] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40295/>
57. Parimango Pereda C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a dismenorrea en estudiantes de medicina. [Internet] 2020. [citado 11 enero 2022] Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/6661>

9. Anexos

Anexo 1. Encuesta sobre la Dismenorrea Primaria

Buenas, mi nombre es Patricia Palacios Gómez, soy estudiante de 4º de Enfermería en la Universidad de La Laguna. Esta encuesta está dirigida exclusivamente a mujeres en edad fértil en la isla de Tenerife que tengan menstruación dado que tiene como fin recoger información necesaria para la realización de mi TFG, cuyo objetivo es conocer la prevalencia y el impacto de la dismenorrea primaria (dolor menstrual sin causa patológica).

Agradezco enormemente la colaboración, solo llevará unos minutos.

1. ¿Cuántos años tienes? *

Marca solo un óvalo.

- 15 - 20 años
 20 - 30 años
 30 - 40 años
 40 o más

2. ¿Cuál es tu mayor nivel de estudios? *

Marca solo un óvalo.

- E.S.O
 Ciclo Medio
 Bachillerato/Ciclo Superior
 Universidad

3. ¿Conocías el significado de Dismenorrea Primaria? *

Marca solo un óvalo.

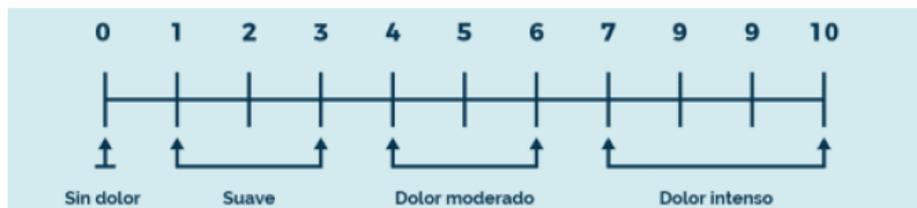
- Sí
 No

4. ¿Sufres dolor durante tus menstruaciones? *

Marca solo un óvalo.

- Sí, todos los meses
- Casi todos los meses
- La mayoría de los meses, no
- No

5. La ESCALA EN tiene como finalidad ayudar a puntuar el dolor en un valor numérico como *
ves a continuación. ¿Con qué intensidad calificarías el dolor que sientes durante la
menstruación?



Marca solo un óvalo.

- 0
- 1 - 3
- 4 - 6
- 7 - 10

6. Contesta esta pregunta solo si has tenido algún parto independientemente de vía vaginal o cesárea. Tras parir, ¿Notaste algún cambio en el dolor menstrual?

Marca solo un óvalo.

- Sí, dejé de tener dolor en la menstruación
- Sí, me duele menos que antes
- No, me duele igual que antes
- No, nunca me ha dolido

7. ¿Qué otros síntomas sufres durante la menstruación? Marca, por favor, aquellos que sueles padecer normalmente. *

Selecciona todos los que correspondan.

- Náuseas
- Dolor lumbar
- Diarrea
- Dolor de cabeza
- Cansancio
- Cambio de apetito
- Sensibilidad en las mamas
- Cambios de humor
- Hinchazón abdominal
- Otros

8. ¿Dirías que el dolor durante la menstruación te condiciona en el normal desempeño de tu actividad diaria? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

9. ¿Alguna vez has faltado a clase/trabajo por la intensidad del dolor? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

10. ¿Sueles recurrir a fármacos (Ibuprofeno®, Paracetamol®, Enantyum®, etc) para aliviar el dolor? *

Marca solo un óvalo.

- Sí, siempre
- Solo ocasionalmente
- Sí, pero trato de evitarlo
- No, no los necesito
- No, utilizo otras terapias

11. ¿Tomas la píldora anticonceptiva diaria con el fin de aliviar tus síntomas menstruales? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

12. Si la respuesta fue sí, ¿Consideras que fuiste suficientemente informada sobre la actuación y los efectos adversos de la píldora anticonceptiva diaria?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

13. ¿Conoces las siguientes formas no farmacológicas para el alivio de la dismenorrea primaria? Por favor, marca aquellas que conozcas. *

Selecciona todos los que correspondan.

- Calor local
 PEMF (campo electromagnético de pulsos)
 TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)
 Masoterapia fisioterapéutica
 Conozco otras formas pero no estas
 No conozco ninguna

14. ¿Estarías dispuesta a probarlas? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

15. ¿Crees que la educación que recibiste en casa sobre la menstruación fue suficiente y/o adecuada? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

16. En el ámbito escolar, ¿Recuerdas haber estudiado temario sobre la menstruación? *

Marca solo un óvalo.

- Sí, pero muy por encima
- Sí, en profundidad pero no hablamos del dolor asociado
- Sí, sobre todo lo que la menstruación conlleva
- No

17. ¿Crees que sufrir dolor durante la menstruación es normal? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

18. ¿Sabes cómo o por qué la regla puede producir dolor? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

19. ¿Consideras que el dolor menstrual está subestimado a nivel social? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

20. En la atención sanitaria, ¿Has sentido alguna vez que han infravalorado tu dolor? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No