

Dismenorrea, un dolor que incapacita

 María Paula Argote-Muñoz¹,  Sergio Tamayo-Hussein²,  Walter D. Cardona-Maya R¹

RESUMEN

La dismenorrea es una afección menstrual común en mujeres de edad reproductiva, caracterizada por dolor pélvico durante el ciclo menstrual. En este artículo, se revisan los factores de riesgo, la clínica y el diagnóstico de la dismenorrea primaria con el objetivo de proponer un enfoque de tratamiento multimodal para esta condición. La dismenorrea primaria es el dolor pélvico asociado al período menstrual sin una patología pélvica subyacente. La dismenorrea secundaria es el dolor pélvico que se presenta como síntoma de otras afecciones ginecológicas. El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y ginecológica, y se pueden realizar pruebas complementarias en casos específicos. El tratamiento de la dismenorrea primaria es multimodal y tiene como objetivo aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de las pacientes. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son la primera línea de tratamiento, aunque se pueden utilizar otros enfoques terapéuticos.

Palabras clave: Dismenorrea, Mujer, Incapacidad, Dolor pélvico, Ciclo menstrual.

Dysmenorrhea: a disabling pain.

SUMMARY

Dysmenorrhea is a common menstrual condition in women of reproductive age, characterized by pelvic pain during the menstrual cycle. This article reviews the risk factors, clinic and diagnosis of primary dysmenorrhea to propose a multimodal treatment approach for this condition. Primary dysmenorrhea is pelvic pain associated with the menstrual period without underlying pelvic pathology. In contrast, secondary dysmenorrhea refers to pelvic pain that presents as a symptom of other gynecologic conditions. Diagnosis is based on detailed clinical history, physical and gynecological examination, and complementary tests may be performed in specific cases. Treatment of primary dysmenorrhea is multimodal and aims to relieve pain and improve the patient's quality of life. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are the first line of treatment, although other therapeutic approaches can be employed.

Keywords: Dysmenorrhea, Women, Disability, Pelvic pain, Menstrual cycle.

INTRODUCCIÓN

En el mundo solo los primates superiores, incluidos los humanos y los grandes simios poseen un endometrio que no se recupera cuando el ovocito no es fecundado, como consecuencia se genera el sangrado menstrual periódico que se presenta en cada ciclo reproductivo y su funcionamiento depende de la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios (1). El sangrado

que se presenta desde la pubertad y permanece hasta la menopausia se considera un indicativo de un buen estado de salud, cualquier alteración endocrina, metabólica o nutricional puede afectar el ciclo reproductivo, cuyas manifestaciones pueden ser trastornos súbitos o persistentes de la función endometrial, reflejada en cambios en la frecuencia y el volumen del sangrado menstrual (1, 2).

La dismenorrea o dolor pélvico ginecológico es una afección menstrual que se presenta en las mujeres en la edad reproductiva. Se clasifica como primaria cuando el dolor abdominal bajo se presenta antes del flujo menstrual, con una duración de 48 a 72 horas, mientras que la amenorrea secundaria hace referencia al dolor

¹Grupo Reproducción, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - UdeA, Medellín, Colombia. ²InSer-Instituto de Fertilidad Humana, Medellín, Colombia. Correo de correspondencia: wdario.cardona@udea.edu.co

Forma de citar este artículo: Argote-Muñoz MP, Tamayo-Hussein S, Cardona-Maya WD. Dismenorrea, un dolor que incapacita. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(2): 178-184. DOI: 10.51288/00840211

pélvico durante cualquier momento del ciclo menstrual, asociado a una patología pélvica subyacente, como endometriosis, leiomiomatosis, pólipos endometriales, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), adherencias y cáncer del aparato reproductivo, entre otras (3).

La dismenorrea, es la causa principal de morbilidad ginecológica, sin distinción de nacionalidad y estatus socioeconómico (3), aunque su prevalencia es alta, la fisiopatología aún no se encuentra bien esclarecida (4); el diagnóstico se basa en la anamnesis y el examen físico riguroso de cada paciente, mientras que el tratamiento está dirigido a disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad de las pacientes (4).

La dismenorrea puede presentarse con otros síntomas, somáticos y del estado de ánimo, incluyendo cambios en el patrón de apetito (aumento y disminución de la ingesta), deseo por algunos alimentos específicos, distensión abdominal, diarrea, estreñimiento, fatiga, trastornos del sueño y alteraciones anímicas (tristeza, llanto e intranquilidad) (3).

Por lo tanto, el objetivo de esta revisión de la literatura es comprender los factores de riesgo, clínica y diagnóstico de la dismenorrea primaria con el propósito de proponer un tratamiento multimodal para esta entidad.

CLASIFICACIÓN DE LA DISMENORREA

La dismenorrea primaria se define como dolor pélvico ginecológico asociado con el periodo menstrual, en ausencia de una patología pélvica subyacente. El dolor se instaura 6 a 12 meses después de la menarca e inicia 72 horas antes del flujo menstrual, teniendo su pico máximo en el día 2 y finalizando alrededor del día 4, acompañado, en algunos casos, de otros síntomas como diarrea, náuseas y vómito (5).

De otro lado, la dismenorrea secundaria es dolor pélvico que se presenta años después de la menarca, puede presentarse durante todo el ciclo, además es el síntoma de patologías ginecológicas, tales como, EPI, endometriosis, pólipos y el uso del dispositivo intrauterino; suele acompañarse de otros síntomas como metrorragia, dismenorrea y sangrado poscoital. Es importante diferenciar la dismenorrea primaria de la secundaria debido a que tienen tratamientos diferentes y el pronóstico de cada paciente depende de la clasificación (3).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la dismenorrea es altamente subestimada, debido a que el dolor es subjetivo y difícil de evaluar, con una prevalencia de 17 % a 81 % (6), además depende de la cultura, es decir, generalmente, la concepción de que este síntoma hace parte del periodo menstrual y, por ende, muchas mujeres no consultan y lo viven como algo inevitable. La incidencia varía entre 20 % a 29 % dependiendo de los países, con una alta variabilidad, seguramente, debido a que el dolor es difícil de evaluar y cuantificar (7). La dismenorrea primaria es más común antes de los 20 años (8), afectando principalmente a mujeres caucásicas (7).

La prevalencia disminuye con la edad, durante los primeros años de menstruación es menos prevalente debido a que la mayoría de los ciclos son anovulatorios, al año de la menarca la prevalencia oscila entre 43 % - 91 %, llegando a 16 % - 67 % a los cinco años (7).

Para clasificar la dismenorrea, se tiene en cuenta, la intensidad del dolor, el impacto en la calidad de vida y la necesidad de analgesia, sin embargo, el patrón del dolor varía en cada ciclo, lo que dificulta el diagnóstico temprano (8).

FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo por el cual se desarrolla la dismenorrea primaria es la sobreproducción de prostaglandinas y leucotrienos (6), los cuales aumentan durante la fase lútea, en la que la progesterona disminuye, lo cual induce el desprendimiento endotelial del endometrio (7).

Las prostaglandinas son sustancias intracelulares formadas a partir de ácido araquidónico, el cual se deriva de fosfolipasa 2, que es regulada, a la vez, por el aumento y la disminución de progesterona, durante la fase lútea esta disminuye y por ende se activa la fosfolipasa 2, llevando al aumento de las concentraciones de prostaglandinas (9). El aumento de prostaglandinas induce un estado de hipercontractilidad del miometrio, lo que conduce a isquemia e hipoxia del músculo uterino, generando que las contracciones uterinas tengan disritmias de duración variable que conducen a dolor. Se conoce 2 tipos de prostaglandinas, la PGE2 y PF2a, la cantidad de esta última se asocia con intensidad y síntomas relacionados de la dismenorrea, debido a que genera más vasoconstricción (9).

La dismenorrea no puede presentarse en ciclos anovulatorios, esto explica que se presente meses después de inicio de la menarca y que el tratamiento se base en inhibición ovulatoria (10), esto debido a que se requiere de la formación del cuerpo lúteo para que haya aumento de prostaglandinas (10). El papel de los leucotrienos no está bien estudiado en la patología de la dismenorrea, pero se sabe que el tipo E4 también hace vasoconstricción en la musculatura uterina y genera isquemia y contracción miometrial.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se relacionan con dismenorrea son la edad (menores de 20 años), antecedentes familiares (madre y hermana), edad de la

menarca (< 12 años), características del flujo menstrual (flujo abundante y/o duración > 7 días), peso (índice de masa corporal (IMC) < 20 Kg/m²) y hábitos (consumo de café y tabaquismo). Otros factores de riesgo que se asocian son los de tipo psicológico (ansiedad, depresión, estrés), como abuso sexual y el síndrome premenstrual (11). Dentro de los factores protectores se encuentran el uso de anticonceptivos hormonales, la paridad, el ejercicio y una dieta rica en frutas, verduras y alimentos altos en omega 3.

LA DISMENORREA Y LOS EFECTOS SOCIALES

La dismenorrea es una de las principales causas de ausentismo escolar y laboral, de acuerdo con Sultan y cols. (12), un tercio de las adolescentes faltan a sus actividades académicas en colegios y universidades a causa de la dismenorrea (12). Un estudio realizado en Suiza, valoró el impacto de la dismenorrea en la calidad de vida de mujeres entre 16 - 20 años, y demostró que, de 3340 mujeres jóvenes, el 86,6 % refirieron dismenorrea y el 12,4 % manifestaron dismenorrea intensa con repercusiones en la vida escolar y social; sin embargo, menos del 50 % de estas acudieron a consulta y, por ende, no fueron tratadas de manera adecuada (7). El ausentismo laboral en 1984 generó una pérdida anual de 600 millones de horas de trabajo, además, la dismenorrea en la población interrogada ha generado disminución de la productividad durante el periodo menstrual (13).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La dismenorrea primaria presenta dolor abdominal bajo de 8 a 72 horas antes del inicio de la menstruación, el dolor es constante en todos los periodos menstruales, es bilateral y simétrico, se enmascara con el uso de anticonceptivos y aparece tras su interrupción. El

cólico mejora con la disminución del flujo menstrual y puede estar acompañada de síntomas digestivos y neurotóxicos, incluyendo vómito, náuseas, diarrea, astenia, cefalea, lipotimia y nerviosismo, generados por la hipersecreción de prostaglandinas (7).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El abordaje diagnóstico de la dismenorrea se basa en tres pilares fundamentales: la historia clínica, con anamnesis bien detallada de la enfermedad actual, la exploración física y ginecológica y las pruebas diagnósticas tanto paraclínicas como imágenes (12). Además, es importante no olvidar la evaluación del sistema urinario, de manera que se puede evaluar el estado y función renal y de vías urinarias mediante citoquímico de orina, urocultivo y en ocasiones mediante ecografía o tomografía.

El diagnóstico de la dismenorrea debe hacerse de manera temprana, idealmente se debe llegar a la conclusión diagnóstica a partir de la anamnesis y la exploración física y ginecológica, pues los exámenes paraclínicos e imágenes tienen indicaciones solo para casos precisos (11).

Con relación a la anamnesis, durante la evaluación ginecológica se debe indagar sobre la edad de la menarquia, la regularidad, el volumen y frecuencia de la menstruación, así como el uso de anticonceptivos. En cuanto a los antecedentes patológicos, se debe investigar posibles infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria y antecedentes de violencia sexual (14, 15). Además, es importante conocer los antecedentes quirúrgicos, específicamente abdominales, que puedan estar ocasionado adherencias, mientras que, en el ámbito familiar, se debe indagar sobre la presencia de dismenorrea, endometriosis o miomas en la madre y hermanas (14, 15).

También se debe valorar las características del dolor, la localización, la irradiación, la intensidad, la frecuencia y el tiempo de aparición con relación al flujo menstrual. Se debe buscar signos asociados como fiebre, leucorrea, disuria, disquecia, estreñimiento, diarrea, menometrorragias y dispareunia en mujeres sexualmente activas (14, 15). De otro lado, los aspectos psicosociales, incluyendo el impacto de los síntomas en la calidad de vida y las actividades cotidianas, y el uso de analgésicos u otros medicamentos farmacológicos para el manejo del dolor también deben ser analizados (14, 15).

Es importante realizar exploración abdominal en busca de masas anormales y cambios en la sensibilidad y flujo vaginal, excepto en mujeres que no han tenido relaciones sexuales. El útero no suele ser palpable en el abdomen en la dismenorrea primaria. Si es palpable, el útero está agrandado y es probable que la dismenorrea tenga una causa secundaria. El examen abdominal por sí solo puede ser suficiente para adolescentes jóvenes con sospecha de dismenorrea primaria que no han tenido relaciones sexuales; el diagnóstico por imagen es útil en esta situación. Los hallazgos de la exploración son normales en la dismenorrea primaria. Los hallazgos anormales en la exploración justifican una evaluación adicional con pruebas de imagen para identificar anomalías anatómicas (7, 16).

La evaluación completa y sistematizada incluye varias etapas. En primer lugar, se realiza una palpación abdominal para determinar la localización del dolor y detectar la presencia de masas palpables en el área. Luego, se examinan los genitales externos para descartar anomalías en el himen, señales de trauma o vulvitis (7).

En las mujeres que ya iniciaron su vida sexual se realiza un examen ginecológico más detallado, incluyendo una vaginoscopia que permite evaluar el aspecto del

cuello uterino, detectar hemorragias, obstrucciones del orificio uterino externo, leucorrea y nódulos vaginales; además de la palpación uterina bimanual la cual permite evaluar el tamaño, la forma, la consistencia del útero y detectar anomalías o sensibilidad en la zona (16).

Finalmente, las pruebas diagnósticas complementarias no se usan de rutina, solo en casos específicos, cuando el examen ginecológico presenta anormalidades o la dismenorrea es refractaria al tratamiento. Entre ellas, ecografía pélvica, prueba de embarazo cualitativa, cultivo de secreción vaginal y laparoscopia. En casos en los que se sospeche endometriosis refractaria al tratamiento médico, se sugiere ordenar un mapeo de endometriosis profunda (hasta una laparoscopia), con el objetivo de tener una mejor evaluación y en la medida de lo posible, realizar el tratamiento en el mismo procedimiento operatorio (10, 17).

TRATAMIENTO

El tratamiento para la dismenorrea es multimodal y tiene como objetivo disminuir el dolor abdominal bajo, los síntomas asociados y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

La primera línea de tratamiento farmacológico son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que actúan inhibiendo la ciclooxigenasa (COX) 1 y 2, lo cual hace que disminuya la producción de prostaglandinas, eso genera menor contracción uterina y disminuye el volumen menstrual. Sin embargo, el uso crónico de AINE puede tener un efecto deletéreo a nivel renal, por lo cual, en pacientes con antecedentes de patología renal o hipertensión arterial no serían los más indicados, además en mujeres con deseos de fertilidad el tratamiento con AINE tampoco es una opción, debido a que los mismos, en especial los inhibidores de

la COX-2, son necesarios para el desarrollo folicular en el ovario, desencadenando el síndrome del folículo luteinizado no roto, en el cual no se da la liberación de óvulos (18).

No se ha demostrado evidencia de que un AINE es más efectivo que otro, la elección de cada uno depende de los deseos de cada paciente, sin embargo, hay evidencia que indica que los AINE inhibidores de la COX-2 pueden generar complicaciones cardíacas, por lo cual, no se recomiendan como tratamiento para la dismenorrea primaria (19).

Los AINE deben tomarse 1 a 2 días antes del inicio del periodo menstrual, con una dosis carga, y mantener el tratamiento por los días de periodo menstrual, o de acuerdo con el dolor máximo, 5 días (20). Los efectos adversos de los AINE son poco comunes, sin embargo, las pacientes pueden presentar síntomas intestinales como náuseas e indigestión, también se han reportado síntomas neurológicos como somnolencia y sequedad; estos pueden disminuir con el aumento en la ingesta de líquidos (21).

La terapia hormonal es la segunda línea en el tratamiento de la dismenorrea, se elige ante la persistencia de los síntomas pese al uso de AINE, hay evidencia en los distintos métodos hormonales, sin embargo, la mayoría de los estudios indican que los anticonceptivos orales combinados (AOC) son los de mayor eficacia (20), son el tratamiento de primera línea en mujeres sexualmente activas debido a que su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación y también puede usarse como método de anticoncepción; estos se pueden usar de manera continua, generando un periodo mas largo libre de periodo menstrual. Como ejemplo, podrían usarse 4 meses continuos, suspendiendo por 5 a 7 días, y reiniciando el esquema, teniendo, al final, tres periodos en el año, sin que esto afecte de alguna manera el sistema reproductivo femenino, ni mecánica ni funcionalmente.

Los anticonceptivos de solo progestágeno tienen como mecanismo de acción la atrofia endometrial; pueden usarse mediante píldora oral de progestágeno de régimen extendido con resultados similares a los AOC y con menos efectos adversos (9), como el dienogest, un progestágeno sintético oral derivado de la nortestosterona o la medroxiprogesterona inyectable de larga acción y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

Finalmente, están otros fármacos, como la vitamina E, la cual suprime la actividad de la fosfolipasa A2 y la COX, inhibiendo la producción de prostaglandinas y promoviendo la acción de prostaciclina, lo que genera vasodilatación y relajación muscular (4).

Con relación a la terapia no farmacológica, el tratamiento de primera línea es la aplicación directa de calor en la zona suprapúbica, actúa por medio de la inhibición de la actividad de los nervios simpáticos, aumentando el flujo sanguíneo al área y removiendo más rápidamente las sustancias productoras de dolor, como prostaglandinas y leucotrienos. Al aumentar el flujo sanguíneo mejora la oxigenación del tejido y se evita la isquemia, y el calor tiene un efecto relajante en el útero (3). Esta terapia es de gran utilidad debido a que tiene menos efectos adversos y bajo costo.

Los cambios en el estilo de vida favorecen la mejoría de las pacientes, por ello se recomienda aumento de alimentos ricos en omega 3 y 6; la mayor incorporación de omega 3 en los fosfolípidos de la membrana a través de la ingestión de aceite de pescado conduce a una menor producción de prostaglandinas y leucotrienos (4).

También el ejercicio aeróbico mejora el dolor, además la fisioterapia que incluya fortalecimiento, estiramiento y relajación de los músculos se ha demostrado efectiva en la reducción de los síntomas causados por dismenorrea primaria cuando esta es realizada de manera regular (4).

La estimulación eléctrica transcutánea implica el uso de electrodos para la estimulación de la piel en diferentes frecuencias e intensidades para disminuir la percepción del dolor. En un estudio aleatorizado se demostró que la terapia con estimulación eléctrica transcutánea de alta intensidad, asociada a termoterapia, mejora el dolor en mujeres con dismenorrea primaria moderada o intensa (3).

LICENCIA MENSTRUAL

En 2023, se radicó un proyecto de ley en Colombia “por medio del cual se crea la licencia menstrual y se establecen lineamientos para una política pública que promueva, sensibilice y ejecute planes de acción sobre la protección de los derechos menstruales y se dictan otras disposiciones”, el cual pretende recopilar los esfuerzos que han emprendido el trámite legislativo para hablar sobre la Gestión Menstrual y los Derechos Menstruales en Colombia (22). Esta propuesta, se ve motivada para abordar estos intentos que se han dado desde el año antepasado por reglamentar sobre las licencias menstruales. Se entiende que este es un derecho con escasa atención a nivel global y, asimismo, no se ha dado la posibilidad de acatar los detalles que no han permitido que en Colombia las licencias menstruales sean una realidad de facto.

CONCLUSIONES

En conclusión, la dismenorrea es el dolor pélvico asociado al período menstrual, hay dos tipos de dismenorrea: primaria, que ocurre en ausencia de una patología subyacente, y secundaria, que se relaciona con patologías de origen ginecológico o no. La dismenorrea puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres, causando ausentismo escolar y laboral. El diagnóstico se basa en la historia clínica, el

examen físico y ginecológico, y en algunos casos se pueden requerir pruebas diagnósticas adicionales. Es de importancia para el médico tratante comprender y abordar la dismenorrea primaria de manera adecuada, a través de un enfoque multidisciplinario que incluya la evaluación clínica, el manejo del dolor y el impacto psicosocial en la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Sin conflictos de interés. Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* [Internet]. 2021 [consultado 20 de diciembre de 2023];104(2):164-170. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0800/p164.html>
- Kho KA, Shields JK. Diagnosis and Management of Primary Dysmenorrhea. *JAMA*. 2020;323(3):268-269. DOI: 10.1001/jama.2019.16921.
- Morgan-Ortiz F, Morgan-Ruiz FV, Báez-Barraza J, 2 Quevedo-Castro E. Dismenorrea: na revisión. *Rev Med UAS* [Internet]. 2015 [consultado 20 de diciembre de 2023];5(1): 29-43. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n1/dismenorrea.pdf>
- Debain L, Sauvanet E, Petit E, Azria E. Dismenorrea. *EMC-Tratado de Medicina*. 2017;21(1):1-5. DOI: 10.1016/S1636-5410(16)81800-0
- Garro Urbina V, Thuel M, Roble B. Dismenorrea primaria en las adolescentes: manejo en la atención primaria. *Rev Méd Sinergia*. 2019;4(11):7. DOI: 10.31434/rms.v4i11.296
- Lathe P, Lathe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006; 6:177. DOI: 10.1186/1471-2458-6-177.
- Fevre A, Burette J, Bonneau S, Derniaux E. Dismenorreas. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 2014. 50(4): 1-10. DOI: 10.1016/S1283-081X(14)69284-5
- Onieva-Zafra MD, Fernández-Martínez E, Abreu-Sánchez A, Iglesias-López MT, García-Padilla FM, Pedregal-González M, *et al*. Relationship between Diet, Menstrual Pain and other Menstrual Characteristics among Spanish Students. *Nutrients*. 2020;12(6):1759. DOI: 10.3390/nu12061759.
- Guimarães I, Póvoa AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(8):501-507. DOI: 10.1055/s-0040-1712131.
- Gutman G, Nunez AT, Fisher M. Dysmenorrhea in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2022;52(5):101186. DOI: 10.1016/j.cppeds.2022.101186.
- Kuphal GJ. Dysmenorrhea. In: Rakek D, editor. *Integrative medicine*. 3th ed. Philadelphia (PA): Elsevier Inc; 2012. pp. 507-514.
- Sultan C, Gaspari L, Paris F. Adolescent dysmenorrhea. *Endocr Dev*. 2012;22:171-180. DOI: 10.1159/000331775.
- Chantler I, Mitchell D, Fuller A. Actigraphy quantifies reduced voluntary physical activity in women with primary dysmenorrhea. *J Pain*. 2009;10(1):38-46. DOI: 10.1016/j.jpain.2008.07.002.
- Fajrin I, Alam G, Nilawati A. Prostaglandin level of primary dysmenorrhea pain sufferers. *Enfermería Clínica*, 2020. 30(2): 5-9. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.07.016.
- Martire FG, Piccione E, Exacoustos C, Zupi E. Endometriosis and Adolescence: The Impact of Dysmenorrhea. *J Clin Med*. 2023;12(17):5624. DOI: 10.3390/jcm12175624.
- Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician* [Internet]. 2014 [consultado 20 de diciembre de 2023];89(5):341-6. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0301/p341.html>
- Ragab A, Shams M, Badawy A, Alsammani MA. Prevalence of endometriosis among adolescent school girls with severe dysmenorrhea: A cross sectional prospective study. *Int J Health Sci (Qassim)* [Internet]. 2015 [consultado 20 de diciembre de 2023];9(3):273-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633191/>
- Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI, Ibor Vidal PJ, Alonso Verdugo A. Antiinflamatorios no esteroideos e infertilidad. *Med Fam SEMERGEN*. 2017; 42(1):72-73. DOI: 10.1016/j.semerg.2016.01.013
- Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7):CD001751. DOI: 10.1002/14651858.CD001751.pub3.
- Ryan SA. The Treatment of Dysmenorrhea. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(2):331-342. DOI: 10.1016/j.pcl.2016.11.004.
- Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol*. 2020; 136(5): 1047- 1058. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004096.
- Congreso de la República de Colombia. Cámara de Representantes [Internet]. Bogotá: Licencia Menstrual; 2023 [consultado 20 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co/licencia-menstrual>

Recibido: 7 de febrero de 2024.
Aprobado: 12 de abril de 2024.