



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA



**ESTUDIO DE DISMENORREA EN MUJERES
DE 18 A 35 AÑOS EN UN CENTRO DE
SALUD URBANO**

Autor: CELIA ALONSO MARTÍN

Tutores: PILAR DEL RÍO MOLINA y MARÍA GONZÁLEZ ARAÚJO

CURSO 2022 - 2023

UVa

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS	3
3. MATERIAL Y MÉTODO	3
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	5
5. DISCUSIÓN	13
6. CONCLUSIONES	19
7. BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXO I. Encuesta.	21
ANEXO II. Figuras.	24
ANEXO III. Tablas.	26
ANEXO IV. Consentimiento informado.	31
ANEXO V. Póster.	34

ENCUESTA DE DISMENORREA EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

RESUMEN

La dismenorrea es un síndrome de alta prevalencia cuyos síntomas impactan en la calidad de vida de las mujeres. El objetivo principal de este trabajo es acercarnos a la experiencia de la paciente con dismenorrea y crear un perfil sobre la misma.

Métodos: estudio transversal basado en la redacción de una encuesta según bibliografía disponible sobre el tema y administrada en formato *online* recogiendo las respuestas de las participantes de manera anónima. La encuesta iba dirigida a 293 mujeres de 18 a 35 años. Finalmente participaron 120 de ellas. Se realizó un análisis descriptivo mediante Excel 2016 16.0 e IBM SPSS Statistics 28.0.1.

Resultados: en nuestro estudio la prevalencia global de dismenorrea fue del 80,8%. El grado de dolor más frecuentemente expresado por estas mujeres fue de 7 en la escala numérico-verbal. El 86,6% de ellas presentaron síntomas acompañantes, siendo el más frecuente los cambios en el estado de ánimo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia o no de antecedente materno de dismenorrea entre los grupos con y sin dismenorrea. Solo un 27,1% de las mujeres consultaron por la misma. El 75,5% de mujeres con dismenorrea consideran que es "normal", hallándose diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo sin dismenorrea (p -valor = 0.000 (< 0.05)). El 80% de pacientes con dolor moderado consideraron la dismenorrea como "normal", hallándose diferencias estadísticamente significativas en comparación con los otros grados de dolor (p -valor = 0.007 (< 0.05)). En nuestra encuesta el absentismo global laboral y/o académico obtenido fue del 17%. La prevalencia de tratamiento farmacológico es del 83,2%, siendo el más frecuente la toma de AINEs.

Conclusiones: la dismenorrea tiene una alta prevalencia. El perfil de mujer que la sufre señala dolor severo con síntomas acompañantes. La mayoría de las pacientes no tienen conciencia de enfermedad, a pesar de la alta prevalencia en la toma de analgésicos. La dismenorrea reduce la calidad de vida de estas mujeres.

Palabras clave: dismenorrea, grado de dolor, encuesta, interferencia con la actividad, percepción, absentismo, uso de analgésicos.

ABSTRACT

Dysmenorrhea has a high prevalence among women. Its symptoms make an impact on their quality of life. The main aim of this study is to take a closer look on the patient that suffers dysmenorrhea in order to define its profile.

Methods: it is a transversal study based on the creation of a questionnaire based on available bibliography about the topic. It was administered anonymously via online. The questionnaire was aimed at 293 women with ages from 18 to 35, the number of final participants was 120. We performed a descriptive statistical analysis using Excel 2016 16.0 e IBM SPSS Statistics 28.0.1.

Results: the global prevalence of dysmenorrhea was 80,8%. The most common score given for pain was 7. The prevalence of accompanying symptoms was 86,6% (most frequently mood alterations). Significant differences were found between the groups with or without dysmenorrhea regarding the presence of maternal history of the disease. Only 27,1% of participants sought medical assistance for the pain. 75,5% of women with dysmenorrhea consider dysmenorrhea to be "normal", significant differences were found between the groups with or without dysmenorrhea in this regard (p-value = 0.000 (< 0.05)). 80% of participants that presented mild pain consider dysmenorrhea to be "normal", significant differences were found between the different severity of pain groups (p-value = 0.007 (< 0.05)). Global work / academic absenteeism was 17%. 83,2% of patients took pharmaceutical treatment, most commonly NSAIDs.

Conclusions: dysmenorrhea is highly prevalent. A woman with dysmenorrhea's profile is one of severe pain with additional symptoms. Dysmenorrhea interferes mainly with sport, social and work / academic activities. The majority of women don't perceive it as an illness in spite of the high percentage of use of analgesics. Dysmenorrhea decreases quality of life among these women.

Keywords: dysmenorrhea, severity of pain, questionnaire, interference with activity, perception, absenteeism, use of analgesics.

1. INTRODUCCIÓN

Definimos dismenorrea como dolor en el hipogastrio durante la menstruación de tipo cólico que se irradia a la zona lumbar. En ausencia de patología ginecológica, se denomina dismenorrea primaria [1]. Su fisiopatología necesita aún de mayor investigación, aunque se cree que viene determinada por un aumento temporal en la síntesis de prostaglandinas (PGF 2 y PGF 2-alfa) que deriva en la contracción excesiva del miometrio. En este pico de prostaglandinas influye la caída en los niveles de progesterona antes de la menstruación. [1,2]

La dismenorrea es altamente común, pues ocurre en un 50% - 90% de la población femenina [3]. La prevalencia de la misma (así como muchos otros factores que la rodean) no es bien conocida, habiendo estudios que la cifran entre un 16% - 91% [2]. Es un síndrome que tiene efecto en el día a día de las mujeres, interfiriendo en la calidad de vida del 16% - 29% [2]. Constituye una causa frecuente de absentismo escolar y laboral entre las que la sufren, cuantificado en un 12% [2,4]. Además del dolor, la dismenorrea puede acompañarse de otros síntomas como náuseas,

vómitos, diarrea, insomnio...[1], los cuales incrementan el malestar de la mujer, pudiendo ser el principal impedimento para que la esta lleve a cabo su vida normal durante esos días.

La finalidad de esta investigación es recoger información directa para describir el perfil de la paciente que sufre dismenorrea: prevalencia, características clínicas, factores de riesgo, percepción de enfermedad, razones para la búsqueda o no de atención médica e interferencia con diferentes aspectos vitales (sociales, laborales...). Se han realizado varios estudios similares en población universitaria, especialmente referidos a la calidad de vida; así como investigaciones sobre distintos tratamientos para paliar el dolor. Este trabajo pretende obtener una visión global del problema en un mayor rango de edades, centrada en la percepción que las pacientes tienen de esta condición.

2. OBJETIVOS

- Obtener la prevalencia de dismenorrea en una población adulta joven.
- Describir la gravedad de la dismenorrea (síntomas acompañantes, grado de dolor).
- Analizar la interferencia de la dismenorrea en las actividades de la vida diaria.
- Cuantificar el absentismo laboral o académico producido por la dismenorrea.
- Obtener datos generales sobre la relación de estas mujeres con el sistema de salud

3. MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto es un trabajo de investigación clínica en forma de estudio transversal con el objetivo de realizar una primera aproximación a varias cuestiones sobre la dismenorrea. Consiste en el diseño y realización de una encuesta para obtener datos sobre el perfil de la paciente con dismenorrea.

3.1. *Diseño de la encuesta*

El diseño de la misma se ha basado en la búsqueda de estudios similares publicados sobre la prevalencia de dismenorrea y calidad de vida. La encuesta se adjunta en el Anexo I.

En el cuestionario se recogió la edad de las pacientes en intervalos (18 – 24 años, 25 – 29 años y 30 – 35 años) con el fin de comparar los resultados entre los grupos. Destacamos que, en muchos de los estudios escogidos como guía para la realización de esta encuesta, las participantes eran universitarias con una media de edad de entre 20 y 21 años [5–14]. Para estudiar la prevalencia de la dismenorrea, se definió la misma como “dolor abdominal durante la menstruación” y se preguntó si lo habían padecido en los 3 últimos ciclos. En el caso de las mujeres embarazadas en el momento de realizar la encuesta, se tuvieron en cuenta los 3 ciclos inmediatamente previos a la gestación. Cuantificamos el grado de dolor que producía la dismenorrea mediante la escala numérico-verbal (ENV), a diferencia de otros estudios similares

que utilizan la escala visual analógica (EVA) [5–7,9–12]. La decisión de usar la ENV se tomó por el hecho de que la encuesta era *online* y la posibilidad de selección de un número que representase el dolor era más sencilla que incluir una imagen de la EVA en la que se pudiese marcar el grado de dolor. Ambas escalas muestran una buena correlación [15].

Se recogió información sobre la sintomatología acompañante al dolor: prevalencia de la misma, selección múltiple de diferentes tipos de síntomas, comienzo de los mismos y duración. Las preguntas se elaboraron basándose en bibliografía sobre las características clínicas de la dismenorrea [1,2,4,16,17] y en encuestas anteriores [7,8,11,18,19]. Se incluyen como factores de riesgo la edad de la menarquia, la nuliparidad, el tabaquismo y el antecedente materno de dismenorrea. Los estudios disponibles nos señalan una gran variedad de asociaciones [1,4,2,16,14,20,5,11,9]. La encuesta alberga preguntas sobre la prevalencia de consulta por dismenorrea, la percepción que tienen las mujeres de la misma y sobre la interferencia que les produce en su vida diaria. Estos temas han sido menos tratados en la literatura científica sobre el dolor menstrual y consideramos que ofrecen una perspectiva no solo médica sino social. Así mismo se pregunta por la incapacidad temporal por dismenorrea al ser una cuestión de especial actualidad en nuestro país. Por último, recabamos datos sobre la prevalencia de toma de tratamiento farmacológico, el tipo y la efectividad de los mismos de acuerdo a la bibliografía disponible [1,16,17,21–24].

3.2. *Recogida de datos*

Durante febrero de 2023 recogimos los datos del cuestionario. La población seleccionada fue de 293 mujeres de entre 18 y 35 años pertenecientes a dos cupos del Centro de Salud Huerta del Rey de Valladolid. El criterio de exclusión fue el no consentimiento en participar en la encuesta. El proceso se basó en la realización de llamadas desde el Centro de Salud a las personas pertenecientes a la población de estudio mediante listados anonimizados. Durante las llamadas se leyó un pre-consentimiento que especificaba el carácter anónimo de la encuesta, así como el fin de la información recogida en la misma (el Trabajo de Fin de Grado de Celia Alonso Martín, estudiante de Medicina).

Realicé varias rondas de llamadas para intentar contactar con el mayor número de mujeres posible. De esta manera, logramos hablar con 216 mujeres, de las cuales 200 aceptaron participar en el proyecto facilitándonos su dirección de correo electrónico. Se procedió entonces al envío de la encuesta por este medio y de 3 mensajes recordatorios. El cuestionario se redactó en formato Google Forms, de manera que las respuestas pasaron a una hoja de datos formato Excel de manera completamente anónima. Al recoger las direcciones de manera oral algunas nos dieron fallo al redactar el correo y no pudieron recibir la encuesta. El cuestionario lo recibieron 192 mujeres, siendo el número de respuestas finales de 120 (40.95% de la población).

3.3. Consideraciones éticas

Tras la aceptación de este pre-consentimiento, las participantes facilitaban un correo electrónico a través del cual se les envió el cuestionario. Los datos recogidos en el mismo fueron confidenciales. Se aplicó la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de sus datos personales y la Ley Orgánica de 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, sobre investigación biomédica.

El Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud Valladolid Oeste emitió un informe favorable para la realización del proyecto con referencia CEIm: 22-PI202 a fecha del 18 de enero de 2023.

3.4. Método de análisis

Para el análisis de los resultados utilicé los programas Excel 2016 16.0 e IBM SPSS Statistics 28.0.1. para determinar las frecuencias de las variables, realizar tablas y gráficos ilustrativos, así como realizar test de significación estadística en algunos casos. Se consideró un valor significativo $p < 0.05$.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Prevalencia de la dismenorrea

97 de las 120 mujeres que respondieron la encuesta refieren haber sufrido dismenorrea en los 3 últimos ciclos. Por tanto, la prevalencia de dismenorrea obtenida fue del 80,8%. Esta prevalencia es diferente por grupos de edad, siendo menor en el grupo de 30 – 35 años (73,7%).

EDAD	SÍ	NO	PREVALENCIA
18 -23	28	2	93,3%
24 - 29	27	6	81,8%
30 - 35	42	15	73,7%
TOTAL	97	23	80,8%

Tabla 1. Prevalencia de dismenorrea.

4.2. Gravedad

Clasificamos las respuestas de acuerdo a la escala numérico-verbal del dolor en dolor leve (0 – 3), moderado (4 – 6) o grave (7 – 10), por lo que 15 participantes presentaron dolor leve, 34 dolor

moderado y 48 dolor grave. En todos los grupos de edad la respuesta más frecuente fue el dolor grave. Dentro del grupo con dismenorrea la moda de las respuestas fue 7 en el total de encuestadas y en los rangos de edad 18 – 23 y 24 – 29. En el rango 30 – 35, la moda fue 8. Esto queda ilustrado en la Figura 1 del Anexo II.

4.3. Comienzo y duración de los síntomas

Lo más frecuente es que la dismenorrea y sus síntomas se inicien entre 1 y 3 días antes de la menstruación, a excepción del grupo 18 – 23 años en el que la mayoría refirieron que comenzaban el primer día de la regla. En todos los grupos era mucho menos frecuente que los síntomas se iniciasen 2 o 3 días tras la menstruación (solo referido por 14 mujeres frente a las 95 que contestaron en total). Los resultados se ilustran la Figura 2 del Anexo II.

La duración de los síntomas más común fue “más de 24 horas” (25 mujeres), seguida de cerca por la opción “entre 1 y 3 horas” (23 mujeres). Esta última es también la respuesta más frecuente de las mujeres de 18 a 23 años. Los datos se ilustran la Figura 3 del Anexo II.

4.4. Síntomas acompañantes

Entre las mujeres con dismenorrea un 86,6% señalan tener clínica adicional al dolor. La prevalencia de estos síntomas es mayor en el grupo de mayor edad (30 – 35) y las que menos los registran son las mujeres de 24 a 29 años.

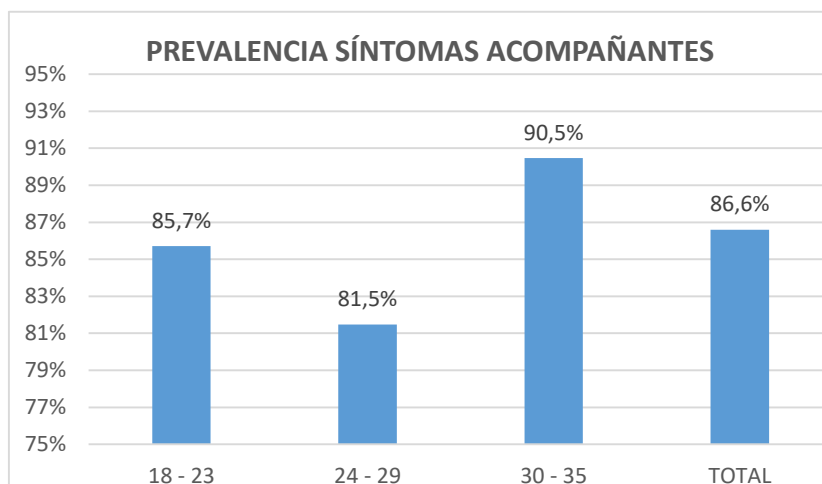


Figura 4. Prevalencia de síntomas acompañantes a la dismenorrea por edad y en total.

En cuanto a los síntomas concretos, el más frecuente en todos los grupos de edad y en el total fueron los cambios en el estado de ánimo (66 mujeres de las 84 que tenían otros síntomas). El segundo en frecuencia fue la sensibilidad en los senos, seguido de los calambres en el abdomen

bajo. En los grupos de edad 24 – 29 años y 30 – 35 años, el tercer síntoma en frecuencia fue la diarrea. La Tabla 2 del Anexo III desglosa las respuestas por edad y en total de cada síntoma.

4.5. Factores de riesgo

Dado que este trabajo es un estudio transversal, el parámetro estadístico de asociación utilizado fue la razón de prevalencias (RP). Se realizó el test estadístico de la χ^2 de Pearson, obteniendo los siguientes resultados:

- Edad de la menarquia: la prevalencia de dismenorrea es mayor en el grupo que tuvo la menarquia a los 12 años o menos, frente a las que la tuvieron a los 13 años o más (RP = 1,081). P-valor: 0.230 (> 0.05)
- Antecedente materno de dismenorrea: la prevalencia de dismenorrea es mayor en el grupo con antecedente materno de dismenorrea, frente a las que no lo tenían (RP = 1,352). Cabe destacar que, ante esta pregunta, la mayoría respondieron que no sabían si su madre la padecía (respuesta más común en el total y entre las mujeres con dismenorrea). P-valor: 0.019 (< 0.05)
- Antecedente de partos: la prevalencia de dismenorrea es menor en el grupo que tuvo algún parto (1 o 2), frente a las nulíparas (RP = 0,751). P-valor: 0.073 (> 0.05)
- Antecedente de tabaquismo: la prevalencia de dismenorrea es mayor en el grupo de fumadoras, frente a las que no lo eran (RP = 1,139). P-valor: 0.254 (> 0.05)

La Tabla 3 en el Anexo III resume estos resultados.

4.6. Hábitos de consulta

Entre aquellas que señalaron haber sufrido dismenorrea en los 3 últimos ciclos, 26 consultaron por la misma (27,1%). Esta proporción fue algo menor en los grupos de edad más jóvenes, en contraste al grupo de 30 – 35 años en el que consultaron un 33,3% de las mujeres. Se realizó el test estadístico de la χ^2 de Pearson obteniendo un p-valor de 0.410 (> 0.05), no hallando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Edad	SÍ	NO	% CONSULTA
18 - 23	6	21	22,2%
24 - 29	6	21	22,2%
30 - 35	14	28	33,3%
TOTAL	26	70	27,1%

Tabla 4. Prevalencia de consulta por dismenorrea por grupo de edad (p-valor = 0.410 (> 0.05)).

Desglosando estos resultados según el grado de dolor referido observamos lo siguiente: el 46,8% de las que presentan dolor grave según la ENV consultan por su dismenorrea, frente al 6,7% y

8,8% que consultan en los grupos de dolor leve y moderado. Se realizó el test estadístico de la χ^2 de Pearson obteniendo un p-valor de 0.001 (< 0.05), habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Grado de dolor	SÍ	NO	% CONSULTA
Leve (0 - 3)	1	14	6,7%
Moderado (4 - 6)	3	31	8,8%
Grave (7 - 10)	22	25	46,8%
TOTAL	26	70	27,1%

Tabla 5. Prevalencia de consulta por dismenorrea por grado de dolor (p -valor = 0.001 (< 0.05)).

En cuanto al lugar de consulta, en todas las edades lo más frecuente es la consulta ginecológica, excepto en el grupo más joven (18 – 23 años) que consultaron más en Atención Primaria. La consulta ginecológica también fue la más frecuente en todos los grupos de dolor. Estos resultados se desglosan en la Tabla 6 y la Tabla 7 del Anexo III.

Respecto a las mujeres que no consultan, el motivo más frecuente para no hacerlo es el alivio de los síntomas mediante automedicación con analgésicos o remedios caseros. El segundo más elegido (y el más común en el grupo de 18 – 23 años) fue la capacidad para tolerar el dolor o su corta duración. Solo 2 mujeres señalaron falta de confianza en el médico. La Tabla 8 del Anexo III recoge la prevalencia de las diferentes razones.

4.7. Percepción sobre la dismenorrea

Dismenorrea como algo normal: la mayoría de las mujeres con dismenorrea consideran que esta es algo “normal” (75,5%); al contrario de aquellas que no la sufren (27,3%). Se obtuvo un p-valor de 0.000 (< 0.05), apuntando a la existencia de diferencias significativas en cuanto a considerar normal la dismenorrea entre los grupos con y sin dismenorrea.

Según el grado de dolor que sufren las mujeres, el 80% de aquellas que presentan un dolor moderado consideran que la dismenorrea es normal (un porcentaje mayor que el de los grupos de dolor leve y dolor fuerte, ambos rondando el 60%). Se obtuvo un p-valor de 0.007 (< 0.05), existiendo diferencias significativas en cuanto a considerar normal la dismenorrea entre los grupos con distinto grado de dolor. Estos datos incluyen las respuestas de las participantes que marcaron no haber sufrido dismenorrea en los 3 ciclos anteriores, pero que sí habían marcado grados de dolor de entre 1 y 4 puntos en la ENV. Contando solo con las que señalaron presentar dismenorrea en los 3 últimos ciclos en el grupo de dolor leve (0 – 3) se encuentra el mayor porcentaje de participantes que consideran la dismenorrea como algo normal (más de un 90%).

La Tabla 9, Tabla 10 y Tabla 11 del Anexo III recogen y desglosan todos los datos referentes a la dismenorrea como un fenómeno “normal”.

Dismenorrea como enfermedad: la mayor parte de las mujeres con dismenorrea piensan que no es una enfermedad (73,6%), así como en el total de las mujeres (69,5%). Se obtuvo un p-valor de 0.101 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en cuanto a considerar enfermedad la dismenorrea entre los grupos con y sin dismenorrea.

Por grados de dolor, en todos los grupos la mayoría piensa que no es una enfermedad. Sin embargo, hay una diferencia notable entre el grupo de dolor moderado (un 17,1% lo considera una enfermedad) y el resto de grupos. El grupo que más percibe la dismenorrea como una enfermedad es el del dolor leve (41,4%). Se obtuvo un p-valor de 0.065 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en cuanto a considerar enfermedad la dismenorrea entre los grupos con distinto grado de dolor. De manera similar a la cuestión anterior, excluyendo a aquellas que no refieren dismenorrea en los 3 últimos ciclos, los resultados obtenidos son parecidos, siendo el grupo de dolor grave el que más percibe la dismenorrea como una enfermedad (32,6%).

La Tabla 12, Tabla 13 y Tabla 14 del Anexo III recogen y desglosan todos los datos referentes a la dismenorrea como una “enfermedad”.

Dismenorrea como motivo de consulta: la mayor parte de las mujeres en ambos grupos, con y sin dismenorrea, consideran que es un motivo de consulta (71,5% y 82,6% respectivamente; 73,7% en total). Se obtuvo un p-valor de 0.436 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en cuanto a considerar motivo de consulta la dismenorrea entre los grupos con y sin dismenorrea.

Por grado de dolor, en todos, la mayoría piensa que es un motivo de consulta, especialmente el grupo de dolor leve. Se obtuvo un p-valor de 0.216 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en cuanto a considerar motivo de consulta la dismenorrea entre los grupos con distinto grado de dolor. Excluyendo a aquellas que no refieren dismenorrea en los 3 últimos ciclos, los resultados obtenidos son similares. Las pacientes con dolor leve siguen siendo las que más validan la dismenorrea como un motivo de consulta.

La Tabla 15, Tabla 16 y Tabla 17 del Anexo III recogen y desglosan todos los datos referentes a la dismenorrea como un “motivo de consulta”.

4.8. *Interferencia de la dismenorrea con diferentes actividades*

Las encuestadas debían señalar el grado de limitación del 0 (ninguna) al 10 (absoluta) que les supone la dismenorrea para las actividades de la vida diaria (aseo e higiene personal,

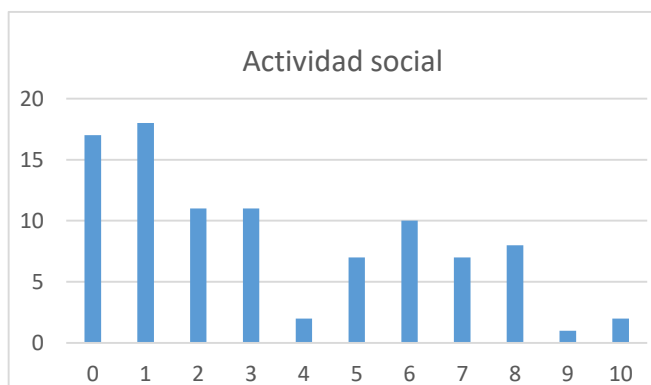
alimentación, vestirse, movilidad, mantenimiento del hogar, compras...), vida social, deporte, trabajo o estudios y relación con la familia.

En todas ellas la mayor parte de las respuestas se encontraban entre 0 y 2.



Actividades de la vida diaria: una gran mayoría considera el grado de limitación entre 0 y 2, con un pequeño repunte en el grado 7. Ninguna participante seleccionó los grados 9 o 10.

Figura 5. Puntuaciones otorgadas a la interferencia que produce la dismenorrea con las actividades de la vida diaria.



Actividad social: las respuestas se concentran en los grados 0 y 1, junto con dos grupos también frecuentes con limitaciones 2 – 3 y 5 – 8. Aquí vemos más variación en las respuestas en comparación a otras actividades

Figura 6. Puntuaciones otorgadas a la interferencia que produce la dismenorrea con la actividad social.

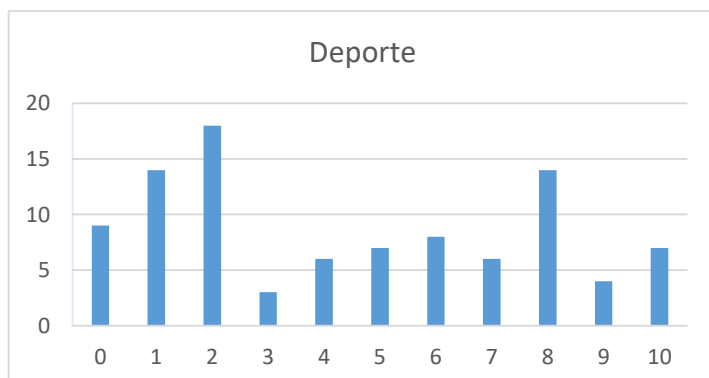


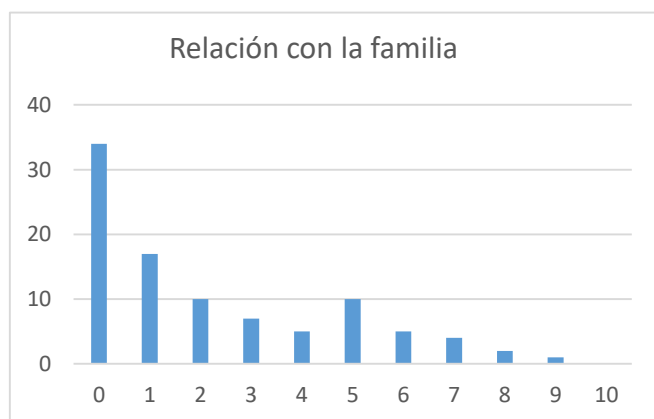
Figura 7. Puntuaciones otorgadas a la interferencia que produce la dismenorrea con el deporte.

Deporte: lo más común es un grado 2 de limitación, vemos un grupo con limitación 0 – 2 y otro numeroso con limitación 8. Es la actividad con mayor número de respuestas en los rangos altos de limitación (más respuestas 10).



Trabajo / estudios: los grados de limitación más frecuentes son 0, 1 y 6 (un grupo 0 – 1 y otro 5 – 6).

Figura 8. Puntuaciones otorgadas a la interferencia que produce la dismenorrea con el trabajo o los estudios.



Relación con la familia: en este apartado la gran mayoría considera que no les produce ninguna limitación.

Figura 9. Puntuaciones otorgadas a la interferencia que produce la dismenorrea en la relación familiar.

4.9. Aspectos laborales y de asistencia estudiantil.

El absentismo global causado por la dismenorrea fue del 17%. Por edades, los datos fueron similares en los diferentes grupos, siendo el porcentaje menor cuánto mayor edad. Se obtuvo un p-valor de 0.598 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en el grado de absentismo entre los distintos grupos de edad. Por grado de dolor, encontramos ausencia de absentismo en el grupo de dolor leve, un porcentaje menor del global (12,1%) en el de dolor moderado, y un porcentaje casi 10 puntos superior al global (26,1%) en el grupo de dolor severo. Se obtuvo un p-valor de 0.133 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en el grado de absentismo entre los distintos rangos de dolor. La Tabla 18 y Tabla 19 del Anexo III detallan estos datos.

Se incluyó una pregunta abierta sobre los motivos para este absentismo. La tónica general de respuesta fue el hecho de sufrir dolor y síntomas que no eran soportables durante la jornada

laboral como falta de energía o hinchazón. Hubo dos respuestas señalando las migrañas como factor determinante. Las respuestas se detallan en la Tabla 20 del Anexo III.

A raíz del anuncio del Ministerio de Igualdad sobre las bajas laborales por dismenorrea se incluyó un apartado en la encuesta preguntando a las mujeres si habían pensado en solicitar dicha prestación y si creían que esto les perjudicaría en su trabajo. 84 mujeres no habían considerado la baja, 7 lo habían sopesado y 1 ya la había solicitado. En cuanto a la repercusión, el 49% de las mujeres que respondieron creer que esta solicitud tendría consecuencias perjudiciales en su trabajo. Estos resultados se recogen en la Tabla 21 del Anexo III.

4.10. *Tratamiento.*

La prevalencia de toma de tratamiento farmacológico a causa de la dismenorrea es de 83,2% (79 mujeres afirman tomarlo). Excluimos las respuestas de las participantes que señalaron no tener dismenorrea en los últimos 3 ciclos. Por edades, los porcentajes similares en los diferentes grupos (todos por encima del 80%). Se obtuvo un p-valor de 0.904 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en el uso de tratamiento farmacológico entre los distintos grupos de edad. Por grados de dolor, la prevalencia varía más, desde un 73,3% en el grupo de dolor leve hasta un 87,2% en el de dolor grave. Se obtuvo un p-valor de 0.717 (> 0.05), no existiendo diferencias significativas en el uso de tratamiento farmacológico entre los distintos grados de dolor. La Tabla 22 y Tabla 23 del Anexo III detallan estos resultados.

Respecto al tipo de tratamiento se dieron 3 opciones cerradas y una abierta para que las participantes expusieran otros fármacos u otras opciones. El tratamiento más frecuente (48 mujeres, 60,7%) fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Hubo 3 mujeres que no marcaron esta opción, pero señalaron tomar dexketoprofeno y otra especificó tomar ibuprofeno. El segundo en frecuencia fue el paracetamol o metamizol, dejando en último lugar los anticonceptivos orales (ACO). Respecto a estos últimos, una mujer comentó que llevaba años tomándolos sin saber que podían aliviar la dismenorrea. Por edades, en todas es más frecuente la toma de AINEs, especialmente en el grupo de 30 – 35 años en el que un 66,7% de las mujeres eligen esta opción. Según el grado de dolor, la opción predominante son los AINEs en dolor leve (72,7%) y severo (72,5%), siendo más común el tratamiento con paracetamol o metamizol en el grupo de dolor moderado (42,8%). Cabe destacar que en todos los grupos (edad y dolor) y en el total, la opción menos elegida siempre fueron los anticonceptivos orales. La Tabla 24 y Tabla 25 del Anexo III desglosan estas respuestas.

Para evaluar el efecto de cada tratamiento se pidió a las participantes que señalaran del 0 (ningún alivio) al 5 (alivio total) la supresión del dolor que les proporcionaba el método que usaban. La

moda en todos los tratamientos y en el total es un grado de alivio 4. Ningún fármaco tuvo una puntuación de 0 (que equivale a no efecto). La Figura 10 del Anexo II ilustra estos resultados.

5. DISCUSIÓN

Este estudio nace con el ánimo de hacer una aproximación al perfil de la paciente con dismenorrea. Se ha recogido datos que abarcan la esfera epidemiológica, clínica, de tratamiento y de percepción personal sobre la misma. La encuesta ha sido respondida por el 40,95% de la población objetivo y no todas las mujeres la han contestado de manera completa, por este motivo la interpretación de los resultados puede verse comprometida. Estudios similares han sido realizados en población más joven, por lo que la comparación con los mismos debe llevarse a cabo con precaución.

La prevalencia de dismenorrea en nuestra encuesta es del 80,8%. Es mayor en los dos grupos más jóvenes y casi 10 puntos menor en las mujeres de 30 a 35 años. Comparando con estudios previos los datos son similares. En un trabajo en mujeres francesas [20] un 79% declaran haber sufrido dolor menstrual en algún momento de sus vidas, un 52% en el momento de la encuesta. En una población de universitarias españolas la prevalencia obtenida fue del 74,8% [11]. Otros trabajos exponen prevalencias entre 62,4% - 85,7% [8,9,14]. En el estudio de Fernández *et al.* [20] el porcentaje de dismenorrea en jóvenes de 16 a 24 años fue mayor que en el grupo global (66%). En el mismo trabajo el 54% de mujeres que declaraban haber sufrido dismenorrea en el pasado señalaban que el dolor había finalizado antes de los 25 años y la media de duración de la misma fue de 9,2 años. Es posible que el dolor pueda llegar a desaparecer a medida que avanza la edad.

Respecto al grado de dolor, obtuvimos puntuaciones mayores de 0 en la escala numérico-verbal (ENV) por parte de mujeres que señalaron no sufrir dismenorrea. Pensamos en dos motivos para ello: que esta respuesta refleje historia de dismenorrea en el pasado o que sientan molestias durante el periodo, pero no lo consideren *dolor*. En nuestro estudio la mayor parte de mujeres menores de 30 años con dismenorrea declaran sufrir dolor severo. Esto encaja con los resultados obtenidos en otros estudios, con medias de dolor en la escala visual analógica (EVA) de 6.88 (± 1.71) [11], 6.90 \pm 1.70 [6], 6.33 \pm 2.32 [14] o 6 + 1.9 [20]. En el grupo de 30 – 35 años, la moda en el grado de dolor fue mayor (8 frente a 7 en el resto). Puede deberse a una mayor intensidad del dolor o a una menor tolerancia del mismo (recordemos que la ENV es una escala subjetiva).

En nuestro estudio inicio del dolor y otros síntomas se producía con mayor frecuencia entre 1 y 3 días antes de la regla, aunque en el grupo 18 – 23 años comenzaban el primer día de menstruación. Esto último coincide con estudios en universitarias [11] en los que el 57,5% referían que sus síntomas iniciaban el primer día de regla. Quizás hay un cambio en el patrón de la dismenorrea a medida que avanza la edad: la clínica pasa a preceder al sangrado. Por otra parte,

la duración más frecuente de estos síntomas fue “más de 24 horas”, excepto en las mujeres de 18 – 23 años (1 – 3 horas). Trabajos previos señalan la duración de la dismenorrea en 2.5 ± 1.2 días (en aquellas que no consultan) y 2.1 ± 1.0 días (en las que consultan) [12].

El dolor es el síntoma principal de la dismenorrea, pero esta engloba otros menos conocidos que también influyen en la calidad de vida de estas mujeres. En nuestro trabajo el síntoma más frecuente en todos los grupos de edad y en el total fue los cambios en el estado de ánimo (66 mujeres, 68%), que otros estudios han recogido como frecuentes [5]. La bibliografía muestra prevalencias dispares de estado depresivo con la dismenorrea del 48,4% - 63,2% y de irritabilidad del 45,4% - 81.9% [8,11]. No podemos concluir qué tipo de síntomas anímicos acompañan a la dismenorrea ni cuál es la intensidad de los mismos ya que no lo preguntamos específicamente en nuestra encuesta, pero sí que parecen ser parte importante del síndrome que se deriva de ella. Otros síntomas destacables en nuestro trabajo son la diarrea, los senos sensibles y los calambres en el abdomen bajo; reflejados también en los estudios citados anteriormente [8,11,24].

Son varios los factores de riesgo que se asocian a dismenorrea, aunque no todas las investigaciones consiguen demostrar su asociación estadística. La menarquia temprana prolonga el tiempo que la mujer sufre los efectos de las prostaglandinas, lo cual aumenta el riesgo de dismenorrea. Obtuvimos una mayor proporción de dismenorrea en el grupo que tuvo la menarquia a una edad igual o menor a 12 años, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, de manera similar a otros trabajos [8,11,18,19]. Estudios previos recogen asociación significativa con el antecedente familiar de dismenorrea, sin especificar el grado de relación (madre, abuela, hermanas...) [9,11,14]. En nuestro caso preguntamos específicamente si era la madre la que padecía o dismenorrea. Hubo una mayor proporción de dismenorrea en el grupo con antecedente positivo y con diferencias estadísticamente significativas. Este resultado podría perder valor dada la gran cantidad de mujeres que indicaron no saber si la madre tenía dismenorrea. Este hecho podría deberse al tabú que pesa todavía sobre todo aquello relacionado con la menstruación, especialmente cuando las madres de estas mujeres pertenecen a generaciones anteriores en las que no era un tema del que se hablase abiertamente. Al igual que en nuestro trabajo, otros estudios también han asociado la nuliparidad a mayores tasas de dismenorrea [9], por lo que la paridad podría ser un factor protector. Esta puede ser una de las razones por las que la prevalencia disminuye a medida que avanza la edad (en nuestra encuesta casi la totalidad de mujeres que señalaron paridad tenían entre 30 y 35 años). El tabaquismo es un conocido factor de riesgo para dismenorrea [1,2,16]. En nuestro trabajo, las fumadoras tenían mayor proporción de dismenorrea, pero sin diferencias estadísticamente significativas, al igual que en otros estudios [11,14].

Solo un 27,1% de nuestras participantes consultan por su dismenorrea. Diversos estudios recogen prevalencias de consulta muy dispares, desde 25,9% a 81% [8,13,20]. Por edades nuestros resultados son similares, con mayor porcentaje en el grupo de 30 – 35 años (33,3%). Recordemos que este grupo señala un grado de dolor más alto y una mayor prevalencia de síntomas acompañantes, razones que las llevan a acudir más a consulta. Por grado de dolor, el 46,8% de las que refieren dolor severo consultan (viéndose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos). Esto es consistente con estudios en los que un 44,8% de las mujeres que faltan a clase por su dismenorrea consultan en el médico [7], siendo este grupo formado en su mayor parte por pacientes con dolor grave. Podríamos decir que el factor principal que motiva la búsqueda de asistencia médica para la dismenorrea es sufrir dolor severo. ¿A quién consultan estas mujeres? Debido al bajo número de pacientes que acuden tenemos una limitación a la hora de extraer conclusiones. 15 mujeres consultaron en Ginecología y 11 en Atención Primaria. En todos los grupos de edad y por dolor, lo más frecuente fue acudir al ginecólogo; excepto en el rango de 18 – 23 años. Quizá busquen la inmediatez de la Atención Primaria de manera que puedan ir tratando los síntomas de manera más precoz. Destacamos que en la pregunta no se indicó si el especialista consultado era privado, por lo que puede que estas mujeres acudan por la vía privada y consideren que el ginecólogo tratará de manera más específica su dolencia. El motivo más frecuente para no consultar fue el hecho de poder auto-aliviarse con tratamientos farmacológicos o de otro tipo. Algunos estudios indican que hasta un 77,7% de las mujeres con dismenorrea se auto-medican con analgésicos [11]. Por otro lado, en el grupo más joven el motivo más señalado fue la tolerancia al dolor, encajando con los datos proporcionados por otras encuestas [12,20]. Destacamos que solo dos participantes señalaron la falta de confianza en el médico como razón para no consultar.

La dismenorrea es un síndrome cuyo síntoma principal es el dolor, y el dolor es algo subjetivo. Cada uno de nosotros lo experimenta de una manera diferente y lo aguanta mejor o peor según su propia naturaleza. Muchas mujeres aún sienten la necesidad de esconder la menstruación y lo relacionado con ella [13]. La información sobre la misma se hereda de madres a hijas, enseñando lo que a ellas les contaron o lo que han ido descubriendo por sí mismas. Esta transmisión perpetúa los estereotipos y los mitos sobre el dolor menstrual [5]. Por todo ello, es importante saber cómo perciben las mujeres este dolor. Las participantes en nuestro estudio que señalan tener dismenorrea consideran con mayor frecuencia que esta es normal (75,5%), que no es una enfermedad (73,6%) y que constituye un motivo de consulta (71,5%). Las mujeres que no sufren dismenorrea piensan que esta no es normal (72,7%), que es una enfermedad (52,1%) y que constituye un motivo de consulta (82,6%). Estos datos difieren con los de otras encuestas en las que el 66% de las mujeres perciben la dismenorrea como algo normal, aumentando al 71% si solo se tiene en cuenta a las pacientes que la sufren [20]. Tampoco encajan con estudios en

universitarias españolas [5] que indican que muchas de ellas experimentan la menstruación como una enfermedad.

Estudios de pregunta abierta [12] reflejan que la mayoría de las mujeres consideraban el dolor como una parte natural de la menstruación. El hecho de que la dismenorrea parece tener un componente hereditario puede influir en estos resultados. Así, aquellas que la sufren en muchos casos han visto a su madre y / o a otras familiares pasar por lo mismo. Esto puede guardar relación con que, en nuestro estudio, las mujeres con dismenorrea no la vean como una enfermedad y el grupo sin dismenorrea sí. A pesar de estos datos, en ambos grupos la mayoría opina que es un motivo válido para acudir a consulta (puede influir que sea necesario para obtener tratamiento farmacológico).

Por grados de dolor en todos los rangos las mujeres consideraron con mayor frecuencia la dismenorrea como algo normal. Cuanto menor es la intensidad del dolor experimentado, más frecuente es que las mujeres lo vean como algo normal. Respecto a la conciencia de enfermedad el rango de dolor moderado es el que menos percibe la dismenorrea como una patología. Puede que aquellas que experimentan el dolor más intenso se correspondan con dismenorreas secundarias a enfermedades ginecológicas y la asocien a las mismas. Por último, todos los grados de dolor consideran que la dismenorrea es un motivo de consulta. El rango que menos lo afirma es el de dolor moderado, pudiéndolo relacionar con su menor conciencia de enfermedad. El estudio de Fernández-Martínez *et al.* [6] detecta mayor afectación de la calidad de vida el grupo de dolor moderado, lo que parece contrario a la visión que tienen de la dismenorrea en nuestra encuesta.

Para valorar la pérdida de calidad de vida que produce la dismenorrea, pedimos a las mujeres que puntuasen cuánto interferían sus síntomas con diferentes esferas de la vida cotidiana. La mayoría de respuestas se concentraban en 0 – 2 puntos en todas las áreas. El deporte fue la actividad que mostró más respuestas en los grados de limitación 8 – 10 (altos). Es posible que la actividad física registre tanta interferencia porque síntomas asociados como los senos sensibles (uno de los más frecuentes en este estudio) dificultan los deportes de impacto (*running*, saltos...). A pesar de ello, el ejercicio físico ha demostrado ayudar a mejorar los síntomas de la dismenorrea [17]. En la actividad social también se registraron puntuaciones de interferencia moderada – alta (5 – 8). En otros trabajos se exponen las reflexiones de las mujeres sobre las limitaciones que les supone el dolor menstrual [10]. En relación a la actividad social y al deporte, indican que el dolor se presenta de manera impredecible, obligándolas a interrumpir aquello que estén haciendo para tomar medicación y descansar, lo que encaja con las altas puntuaciones de interferencia detectadas en nuestro cuestionario. Esta interrupción de la vida tan repentina les obliga a cancelar planes sociales, por el agotamiento que les produce el dolor. Por otro lado, en las actividades

cotidianas como el aseo o el cuidado del hogar y las relaciones familiares registramos las puntuaciones más bajas. Los resultados se asemejan a los del estudio en universitarias españolas [6] en el que se recogían porcentajes bajos de interferencia de la dismenorrea con las actividades diarias con (5,6%). Al contrario que la actividad social y el deporte, las tareas diarias no pueden dejarse de hacer. Por otra parte, otro estudio similar en población universitaria registra una media de interferencia con las actividades diarias de 4.4 ± 2.6 [7], un impacto de mayor grado que el que registra nuestro estudio. En el área de trabajo / estudios registramos dos grupos de puntuación mayoritarios: 0 – 1 y 5 – 6. Esto puede deberse a que el trabajo es algo que debemos realizar sí o sí. El segundo tramo de puntuación puede corresponderse con la falta de concentración que dificulta los estudios o el desempeño laboral. Algunos trabajos exponen que un 51,3% - 66,8% de universitarias experimentan falta de concentración en el trabajo o en clase debido a su dismenorrea [7,9,13].

El absentismo laboral o estudiantil global por dismenorrea fue del 17% entre las participantes de nuestro estudio, en línea con el 22% reflejado en una encuesta en mujeres francesas [20]. Por grupos, la mayor prevalencia se registró entre las más jóvenes (posiblemente por la mayor proporción de estudiantes, ya que el absentismo estudiantil no reporta tanto perjuicio como el laboral) y en el grupo de dolor severo (26,1%). En el rango de dolor leve no se registró absentismo. Estudios previos [7,19] encuentran asociaciones significativas entre el grado de dolor que causa la dismenorrea y el absentismo universitario. Las mujeres priorizan la productividad por encima del dolor, especialmente a la hora de desempeñar su trabajo, por presión o miedo a sentirse juzgadas si no alcanzan el mismo rendimiento cuando tienen dismenorrea [13]. Esto se ve reflejado en las respuestas que recibimos sobre las causas que motivan este absentismo, en las que muchas referían un dolor muy intenso y síntomas molestos como vómitos, imposibilidad para moverse, migrañas... A pesar de ello, el 91,3% (84 mujeres) no considera acogerse a la baja laboral por dismenorrea; probablemente porque algo más de la mitad de las mujeres con dismenorrea creen que esto tendría consecuencias perjudiciales en su trabajo. A raíz del anuncio del Ministerio de Igualdad sobre las incapacitaciones temporales con motivo de la dismenorrea, este tema se trajo a la actualidad. Cabe destacar que la literalidad de la ley implica que el derecho a esta prestación solo lo tienen las mujeres con menstruaciones incapacitantes secundarias: “asimismo, se reconoce expresamente que tendrá la consideración de situación especial de incapacidad temporal por contingencias comunes aquella baja laboral en que pueda encontrarse la mujer en caso de menstruación incapacitante secundaria o dismenorrea secundaria asociada a patologías tales como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica, adenomiosis, pólipos endometriales, ovarios poliquísticos, o dificultad en la salida de sangre menstrual de cualquier tipo, pudiendo implicar síntomas como dispareunia, disuria, infertilidad, o sangrados más abundantes de lo normal, entre otros. [...] Se trata de dar una regulación adecuada a esta

situación patológica con el fin de eliminar cualquier tipo de sesgo negativo en el ámbito laboral.” [25]. La regulación de la baja laboral por dismenorrea se establece para las dismenorreas secundarias; cuando nosotros preguntamos por la baja laboral no hicimos esta distinción. Quizás podría revisarse esta norma para cubrir a las mujeres que sufren dismenorreas primarias.

En este trabajo preguntamos por el tratamiento farmacológico de la dismenorrea, aunque existen otras alternativas que están siendo estudiadas actualmente [17]. Más del 80% de las encuestadas con dismenorrea toman medicación analgésica para paliarla, especialmente aquellas con dolor severo y el grupo más joven. Podemos decir que la mayoría de mujeres necesitan analgesia para tolerar su dismenorrea. Otros estudios muestran cifras de prevalencia de toma de analgésicos parecidas, variando entre 84,8% - 91,2% [6,10,11]. Sin embargo otros estudios muestran cifras menores, como una encuesta en mujeres francesas que señala un 39% [20], así como un estudio en India [24] que da un porcentaje del 21,6%. Quizá en estos países tengan mayor dificultad en el acceso a fármacos o culturalmente se inclinen por probar remedios alternativos. ¿Qué fármacos usan las pacientes de nuestro trabajo? Mayoritariamente AINEs, que han demostrado su eficacia en varios estudios. Su mecanismo de acción inhibiendo la ciclooxigenasa disminuye directamente los niveles de prostaglandinas que son la causa fisiopatológica de la dismenorrea [1,2,16]. En segundo lugar, se encuentran el paracetamol y el metamizol (este último de mayor uso en España que en Europa). Este tratamiento quizá no sea tan prevalente porque tiene una menor eficacia respecto a los AINEs (de hecho se recomienda en dolores leves-moderados) [17]. Los últimos en frecuencia son los anticonceptivos orales (ACO). Las cifras encajan con las de estudios similares realizados en universitarias españolas en los que un 81,8% usaba AINEs y un 21,2% ACO [10]. En España no es necesaria la prescripción de un facultativo para obtener ibuprofeno o paracetamol según la dosis, sin embargo, sí lo es para los anticonceptivos hormonales en todos los casos. Esto facilita el uso de los primeros, pues muchas mujeres recurren a la automedicación con analgésicos sin receta [6]. Por edades y por grado de dolor se mantienen la misma tónica, excepto en el grado de dolor moderado en el que fue más común el uso de paracetamol / metamizol. Respecto al efecto, todos los métodos obtuvieron una puntuación mayoritaria de 4 (en una escala del 0 al 5). La mayoría de mujeres llevarán años sufriendo dismenorrea y desarrollando su propia estrategia para paliar el dolor, cambiando de un tratamiento a otro hasta encontrar el que a ellas les funciona, que es el que asocian a ese alto grado de alivio [13].

6. CONCLUSIÓN

La dismenorrea cuenta con una alta prevalencia, por ello es importante definir el perfil de la paciente a fin de mejorar nuestra comprensión sobre la misma y de la mujer que la presenta. Muchas sufren dolor severo que dura más de 24 horas y se acompaña de síntomas que interfieren

con su estado de ánimo, su capacidad para hacer ejercicio y en su desempeño laboral y/o académico. Aun así, dado que la gran parte de las pacientes no tienen conciencia de la dismenorrea como enfermedad, acuden a su lugar de trabajo o estudios hasta que les es imposible. Para seguir con su vida habitual, estas mujeres presentan una alta tasa de toma de analgésicos, a pesar de no consultar con profesionales médicos en la mayoría de los casos. Es necesario educar a las pacientes sobre la importancia de seguir estas molestias en consulta para evitar el abuso de fármacos, investigar sobre tratamientos alternativos y validar su experiencia. En otras palabras, reconocer la gran pérdida de calidad de vida que produce la dismenorrea como primer paso para ponerle remedio.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Guimarães I, Póvoa AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2020;42:501-7.
2. Nagy H, Khan MA. Dysmenorrhea [Internet]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 2022 sep 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560834/>
3. MacGregor B, Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ, Bougie O. Disease Burden of Dysmenorrhea: Impact on Life Course Potential. *Int J Womens Health* 2023;15:499-509.
4. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2021;104:164-70.
5. Fernández-Martínez E, Abreu-Sánchez A, Pérez-Corrales J, Ruiz-Castillo J, Velarde-García JF, Palacios-Ceña D. Living with Pain and Looking for a Safe Environment: A Qualitative Study among Nursing Students with Dysmenorrhea. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:E6670.
6. Fernández-Martínez E, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML. The Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life Among Spanish Female University Students. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:E713.
7. Abreu-Sánchez A, Ruiz-Castillo J, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Fernández-Martínez E. Interference and Impact of Dysmenorrhea on the Life of Spanish Nursing Students. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:E6473.
8. Ortiz MI. Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;152:73-7.
9. Hailemeskel S, Demissie A, Assefa N. Primary dysmenorrhea magnitude, associated risk factors, and its effect on academic performance: evidence from female university students in Ethiopia. *Int J Womens Health* 2016;8:489-96.
10. Fernández-Martínez E, Abreu-Sánchez A, Velarde-García JF, Iglesias-López MT, Pérez-Corrales J, Palacios-Ceña D. Living with Restrictions. The Perspective of Nursing Students with Primary Dysmenorrhea. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:E8527.
11. Fernández-Martínez E, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML. Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLoS One* 2018;13:e0201894.
12. Ramos-Pichardo JD, Ortega-Galán ÁM, Iglesias-López MT, Abreu-Sánchez A, Fernández-Martínez E. Why Do Some Spanish Nursing Students with Menstrual Pain Fail to Consult Healthcare Professionals? *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:E8173.

13. Ní Chéileachair F, McGuire BE, Durand H. Coping with dysmenorrhea: a qualitative analysis of period pain management among students who menstruate. *BMC Womens Health* 2022;22:407.
14. Potur DC, Bilgin NC, Komurcu N. Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Manag Nurs* 2014;15:768-77.
15. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva* 2006;30:379-85.
16. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol* 2020;136:1047-58.
17. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, Khojah HMJ. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med* 2022;43:101-8.
18. Santos LBD, Barbosa IR, Dantas TH de M, Araujo CM, Dantas JH, Ferreira CWS, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea and associated factors in adult women. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2022;68:31-6.
19. Al-Jefout M, Seham AF, Jameel H, Randa AQ, Ola AM, Oday AM, et al. Dysmenorrhea: Prevalence and Impact on Quality of Life among Young Adult Jordanian Females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28:173-85.
20. Fernandez H, Barea A, Chanavaz-Lacheray I. Prevalence, intensity, impact on quality of life and insights of dysmenorrhea among French women: A cross-sectional web survey. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2020;101889.
21. Sharghi M, Mansurkhani SM, Larky DA, Kooti W, Niksefat M, Firoozbakht M, et al. An update and systematic review on the treatment of primary dysmenorrhea. *JBRA Assist Reprod* 2019;23:51-7.
22. Oladosu FA, Tu FF, Hellman KM. Nonsteroidal antiinflammatory drug resistance in dysmenorrhea: epidemiology, causes, and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:390-400.
23. Fernández-Martínez E, Pérez-Corrales J, Palacios-Ceña D, Abreu-Sánchez A, Iglesias-López MT, Carrasco-Garrido P, et al. Pain management and coping strategies for primary dysmenorrhea: A qualitative study among female nursing students. *Nurs Open* 2022;9:637-45.
24. Unnisa H, Annam P, Gubba NC, Begum A, Thatikonda K. Assessment of quality of life and effect of non-pharmacological management in dysmenorrhea. *Ann Med Surg (Lond)* 2022;81:104407.
25. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. 2023 [citado 2023 abr 25]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>

ANEXO I. Encuesta realizada

ENCUESTA SOBRE DISMENORREA Y CALIDAD DE VIDA

Soy Celia Alonso Martín, alumna de 6º de Medicina en la Universidad de Valladolid y estoy realizando un Trabajo de Fin de Grado titulado *Estudio de la dismenorrea en mujeres de 18 a 35 años en un centro de salud urbano*. Con el fin de recabar información para el mismo solicito su respuesta a esta encuesta anónima. Gracias por su tiempo y colaboración.

En primer lugar, indique su **edad**:

- A. 18 – 23
- B. 24 – 29
- C. 30 – 35

1. Definimos **dismenorrea** como *dolor abdominal durante la menstruación*. ¿Lo ha padecido en alguno de los 3 últimos ciclos?

- A. Sí
- B. No

DOLOR

2. Si es así, indique el **grado del dolor** del 0 (ausencia de dolor) a 10 (el mayor dolor imaginable): (ENV → 0 ausencia / 1-3 leve / 4-6 moderado / 7-10 intenso)

SÍNTOMATOLOGÍA

3.a. ¿La dismenorrea se acompaña de **otros síntomas**?

- A. Sí
- B. No

3.b. Si es así, ¿**cuáles**?

- A. Calambres en el abdomen bajo
- B. Náuseas / vómitos
- C. Mareo
- D. Cefalea
- E. Diarrea
- F. Senos sensibles
- G. Disminución de la calidad del sueño
- H. Cambios en el estado de ánimo

3.c. ¿Cuándo **comienzan**?

- A. 1 – 3 días previos a la menstruación
- B. Primer día de regla
- C. 2-3 día de regla

3.d. ¿Durante **cuánto tiempo** se mantienen?

- A. 30 minutos
- B. 31 – 60 minutos
- C. 1 hora – 3 horas
- D. 3 horas – 6 horas
- E. 6 horas – 24 horas

F. Más de 24 horas

FACTORES DE RIESGO / PROTECTORES

4.a. Señale la edad a la que tuvo su primera regla (**menarquia**)

- A. Menos de 12 años
- B. 12 años
- C. 13 años
- D. 14 años
- E. 15 años o más

4.b. ¿Su **madre** padecía dismenorrea?

- A. Sí
- B. No
- C. No lo sé

4.c. Señale el número de **partos** que ha tenido

- A. Ninguno
- B. 1
- C. 2
- D. 3 o más

4.d. ¿Es **fumadora**?

- A. Sí
- B. No

DIAGNÓSTICO DE DISMENORREA

5.a. En el caso de tener dismenorrea, ¿**ha acudido a consulta** por ella?

- A. Sí
- B. No

5.b. Si es así, ¿**dónde** ha acudido?

- A. Ginecólogo
- B. Médico de cabecera

5.c. Si no lo ha hecho, ¿**por qué** razón?

- A. El dolor es normal / tolerable / no me preocupa / no dura demasiado
- B. No es motivo para ir al médico / no tengo tiempo para ir / falta de confianza en el médico
- C. Me lo puedo tratar yo misma con analgesia / uso remedios caseros / aguanto el dolor

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

6.a. ¿Considera **normal** el hecho de tener dismenorrea?

- A. Sí
- B. No

6.b. ¿Cree que la dismenorrea es una **enfermedad**?

- A. Sí
- B. No

6.c. ¿Cree que la dismenorrea es un **motivo de consulta**?

- A. Sí
- B. No

CALIDAD DE VIDA

7.a. Indique del 0 al 10 el **grado de interferencia** de su dismenorrea con las siguientes actividades (siendo 0 = no impacto y 10 = limitación absoluta)

- A. Actividades básicas de la vida diaria
- B. Actividad social
- C. Deporte
- D. Trabajo / estudios
- E. Relación con su familia

7.b. **Absentismo** laboral / académico

- ¿Deja de acudir al trabajo / clase por su dismenorrea?
 - A. Sí
 - B. No
- Si es así, ¿**por qué?** (ABIERTA)
- ¿Ha considerado pedir la **baja laboral** por dismenorrea?
 - A. Sí
 - B. No
 - C. Ya la he solicitado
- ¿Cree que la solicitud de esta baja le **perjudicaría** en su trabajo?
 - A. Sí
 - B. No
 - C. No lo sé / no me lo he planteado

TRATAMIENTO

8.a. ¿Toma algún tratamiento para la dismenorrea?

- A. Sí
- B. No

8.b. Si es así, ¿**cuál / cuáles?**

- A. Antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno...)
- B. Paracetamol / Nolotil
- C. Anticonceptivos orales
- D. Otros (ESPECIFICAR)

8.c. Indique qué **resultados** le proporciona este tratamiento del 0 al 5 (0 = ninguno y 5 = alivio total de los síntomas)

Gracias de nuevo por su ayuda.

ANEXO II. Figuras

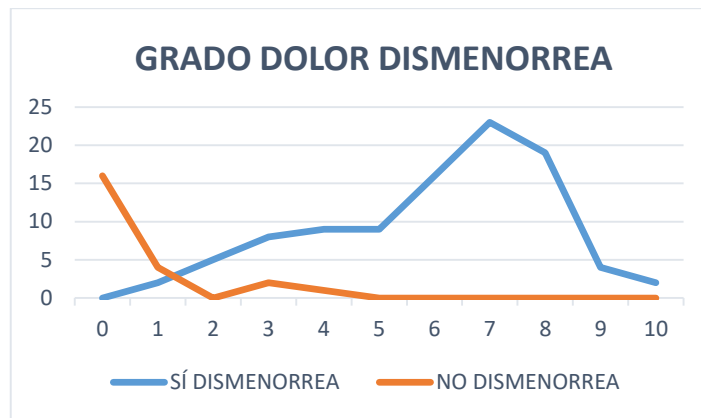


Figura 1. Grado de dolor de la dismenorrea en el total de mujeres según la ENV.

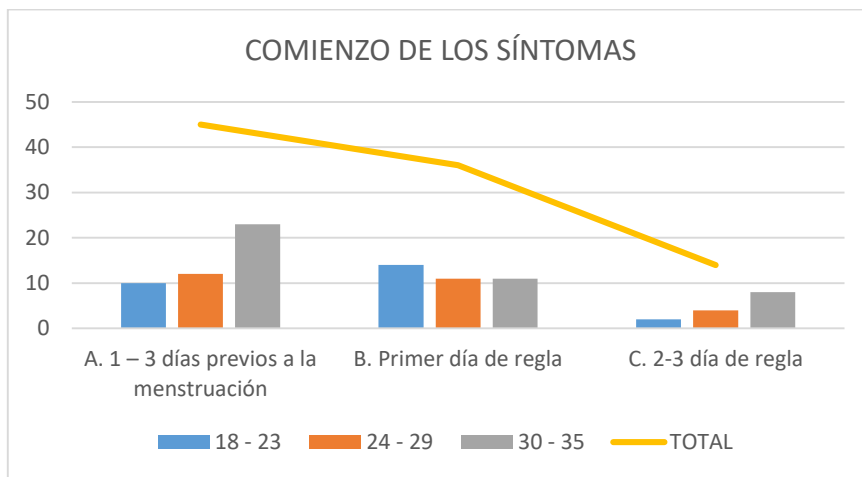


Figura 2. Inicio de los síntomas de dismenorrea respecto al día de la menstruación por grupos de edad y en total.

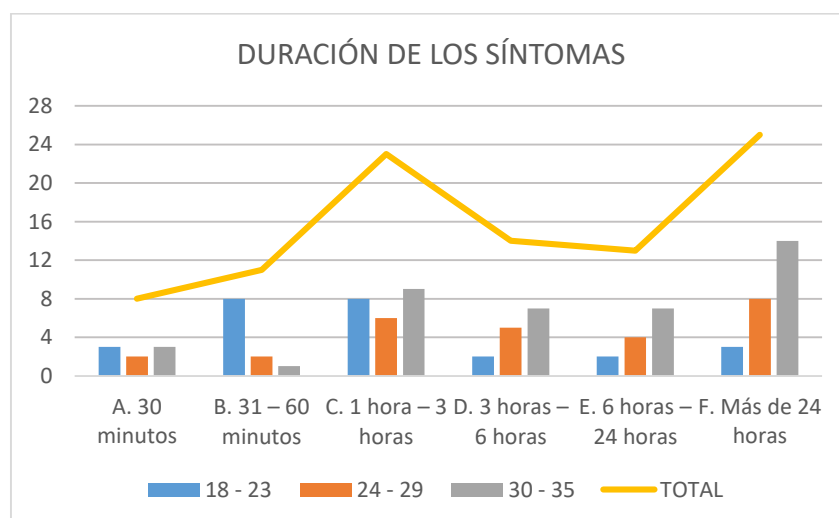


Figura 3. Duración de los síntomas de dismenorrea por grupos de edad y en total.

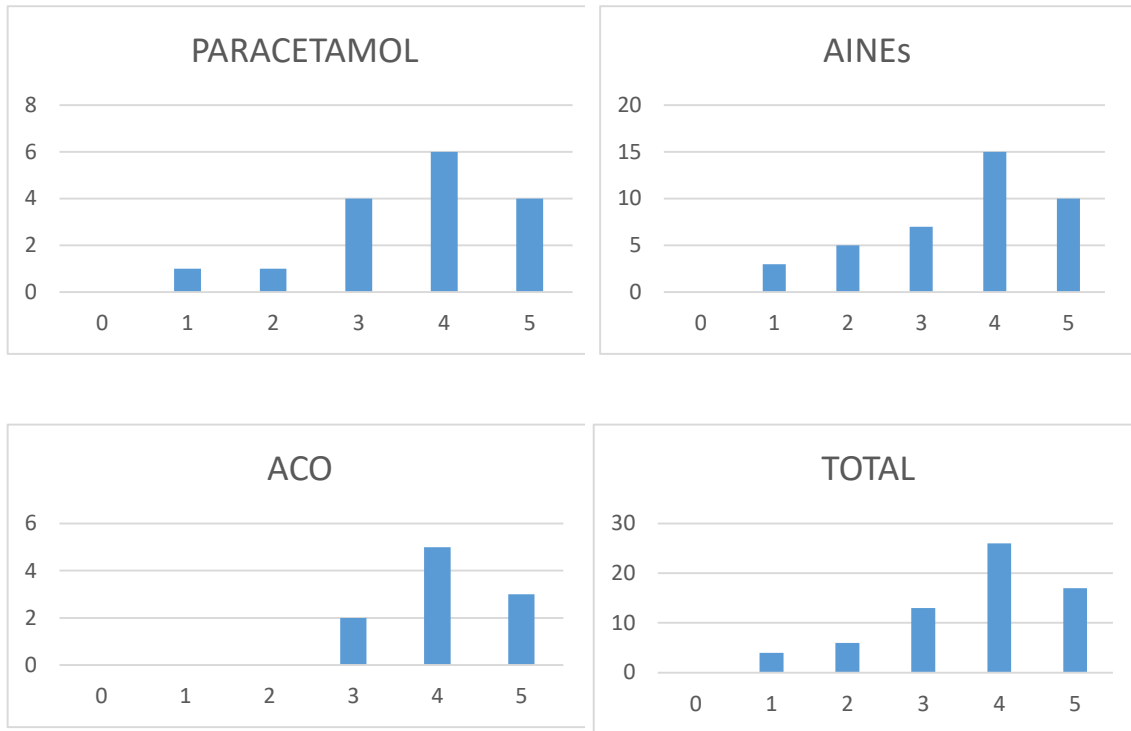


Figura 10. Efecto obtenido con cada fármaco y en total entendido como grado de alivio que proporciona (en abscisas se representan las puntuaciones del 0 al 5 y en ordenadas la frecuencia de respuestas).

ANEXO III. Tablas

Edad	A. Calambres en el abdomen bajo	B. Náuseas / vómitos	C. Mareo	D. Cefalea	E. Diarrea	F. Senos sensibles	G. Disminución de la calidad del sueño	H. Cambios en el estado de ánimo
18 - 23	13	6	3	6	10	16	5	18
24 - 29	14	6	5	8	14	14	4	20
30 - 35	19	7	6	16	20	20	15	28
TOTAL	46	19	14	30	44	50	24	66

Tabla 2. Síntomas acompañantes más frecuentes

FACTOR	DISMENORREA SÍ	DISMENORREA NO	RP	P-VALOR
Menarquia < o = 12 años	52	10	1.081	0.230 (> 0.05)
Menarquia > 12 años	45	13		
Madre con dismenorrea	35	5	1.352	0.019* (< 0.05)
Madre sin dismenorrea	22	12		
Nulípara	83	15	0.751	0.073 (> 0.05)
Múltipara	14	8		
Tabaquismo sí	18	2	1.139	0.254 (> 0.05)
Tabaquismo no	79	21		

Tabla 3. Factores de riesgo para dismenorrea.

Edad	A. Ginecólogo	B. Médico de cabecera
18 - 23	2	4
24 - 29	4	2
30 - 35	9	5
TOTAL	15	11

Tabla 6. Lugar de consulta por dismenorrea según la edad.

Grado de dolor	Ginecólogo	Médico de cabecera
Leve (0 - 3)	1	0
Moderado (4 - 6)	3	0
Grave (7 - 10)	11	11
TOTAL	15	11

Tabla 7. Lugar de consulta por dismenorrea según el grado de dolor.

Edad	A. El dolor es tolerable / no dura demasiado	B. No considero que sea motivo para ir al médico	C. Siento falta de confianza en el médico	D. Me lo puedo tratar yo misma con analgesia y/o remedios caseros
18 - 23	9	2	1	7
24 - 29	7	3	1	11
30 - 35	8	7	0	13
TOTAL	24	12	2	31

Tabla 8. Prevalencia de razones para no acudir a consulta por dismenorrea.

Dismenorrea	SÍ es normal	NO es normal	% sí
SÍ	71	23	75,5%
NO	6	16	27,3%
	77	39	66,4%

Tabla 9. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como un fenómeno “normal” según si la presentan o no (p -valor = 0.000 (< 0.05)).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	20	16	55,6%
4 a 6	28	7	80%
7 a 10	29	16	64,4%
	77	39	66,4%

Tabla 10. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como un fenómeno “normal” según el grado de dolor (p -valor = 0.007 (< 0.05)).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	14	1	93,3%
4 a 6	28	6	82,4%
7 a 10	29	16	64,4%
	71	23	75,5%

Tabla 11. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como un fenómeno “normal” según el grado de dolor (excluyendo a aquellas que no refieren haberla sufrido en los 3 últimos ciclos).

Dismenorrea	SÍ es una enfermedad	NO es una enfermedad	% sí
SÍ	25	70	26,3%
NO	11	12	47,8%
	36	82	30,5%

Tabla 12. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como una “enfermedad” según si la presentan o no (p -valor de 0.101 (> 0.05)).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	15	22	40,5%
4 a 6	6	29	17,1%
7 a 10	15	31	32,6%
	36	82	30,5%

Tabla 13. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como una “enfermedad” según el grado de dolor (p -valor = 0.065 (> 0.05)).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	4	11	26,7%
4 a 6	6	28	17,6%
7 a 10	15	31	32,6%
	25	70	26,3%

Tabla 14. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como una “enfermedad” según el grado de dolor (excluyendo a aquellas que no refieren haberla sufrido en los 3 últimos ciclos).

Dismenorrea	SÍ	NO	% sí
SÍ	68	27	71,5%
NO	19	4	82,6%
	87	31	73,7%

Tabla 15. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como un “motivo de consulta” según si la presentan o no (p -valor = 0.436 (> 0.05)).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	30	7	81,1%
4 a 6	24	11	69%
7 a 10	33	13	71,7%
	87	31	73,7%

Tabla 16. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como un “motivo de consulta” según el grado de dolor (p -valor = 0.216 (> 0.05)).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	12	3	80%
4 a 6	23	11	67,6%
7 a 10	33	13	71,7%
	68	27	71,6%

Tabla 17. Número de mujeres que consideran la dismenorrea como un “motivo de consulta” según el grado de dolor (excluyendo a aquellas que no refieren haberla sufrido en los 3 últimos ciclos).

	SÍ	NO	% sí
18 - 23	5	21	19,2%
24 - 29	5	22	18,5%
30 - 35	6	35	14,6%
TOTAL	16	78	17,0%

Tabla 18. Porcentaje de absentismo total y según grupos de edad. (p -valor: 0.598 (> 0.05)).

	SÍ	NO	% sí
0 a 3	0	15	0%
4 a 6	4	29	12,1%
7 a 10	12	34	26,1%
TOTAL	16	78	17,0%

Tabla 19. Porcentaje de absentismo total y según grado de dolor. (p -valor: 0.133 (> 0.05)).

MOTIVOS PARA EL ABSENTISMO

Mucho dolor y baja energía

No siempre falto, pero cuando sucede es debido al dolor

Molestias e incomodidad, suponiendo que no se me alivie tomando analgésicos

Por los dolores y pinchazos tan fuertes que me daban los primeros días, no se me pasaban ni con calor ni pastillas, muchas veces del propio dolor y mareos no me podía levantar de la cama.

Me duele mucho

Tengo dolores muy fuertes, tanto, que tengo mareos vómitos y diarreas.

Ha sido algo puntual a lo largo de mi vida por dolores muy intensos que normalmente no padezco en el ciclo menstrual.

El dolor avanza por movimientos, caminar, o por el clima.

Porque no puedo hacer todo lo que quisiera por el dolor, estoy molesta, hinchada.

Me encuentro débil el dolor no me permite moverme.

Por las migrañas

Dolor agudo

Dolor inaguantable y mucho sangrado

Dolor o imposibilidad de moverme

En ocasiones sí he tenido que faltar a trabajar porque el dolor es intenso y no me permite estar de pie.

Sumado a los cólicos etc., añadido en este apartado otro síntoma: dolor de piernas que provoca temblor, pesadez y cierta incapacidad para estar de pie mucho tiempo

Por migraña

Tabla 20. Motivos que reflejaron las encuestadas para faltar al trabajo / clase.

SOLICITUD DE BAJA (¿La ha considerado?)		
SÍ	NO	Ya la he solicitado
7	84	1
REPERCUSIÓN DE LA BAJA (¿Cree que le perjudicaría en su trabajo?)		
SÍ	NO	No lo sé
45	9	37

Tabla 21. Prevalencia de solicitud de baja laboral por dismenorrea y percepción de consecuencias derivadas de la misma

	Sí tratamiento	NO tratamiento	% Sí
18 - 23	23	4	85,2%
24 - 29	22	5	81,5%
30 - 35	34	7	82,9%
TOTAL	79	16	83,2%

Tabla 22. Prevalencia de toma de tratamiento farmacológico por grupos de edad (p -valor = 0.904 (> 0.05)).

	Sí tratamiento	No tratamiento	% Sí
0 a 3	11	4	73,3%
4 a 6	27	6	81,8%
7 a 10	41	6	87,2%
TOTAL	79	16	83,2%

Tabla 23. Prevalencia de toma de tratamiento farmacológico por grado de dolor (p -valor de 0.717 (> 0.05)).

	AINEs	ACO	Paracetamol / Metamizol
18 - 23	13	2	7
24 - 29	11	5	5
30 - 35	24	3	9
TOTAL	48	10	21

Tabla 24. Prevalencia de tipo de tratamiento por grupos de edad.

	AINEs	ACO	Paracetamol / Metamizol
0 a 3	8	1	2
4 a 6	11	5	12
7 a 10	29	4	7
TOTAL	48	10	21

Tabla 25. Prevalencia de tipo de tratamiento por grado de dolor.

ANEXO IV. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO DE FIN DE GRADO *ESTUDIO DE DISMENORREA EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO*

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Nos gustaría contar con su participación contestando a una encuesta totalmente **anónima** sobre diferentes aspectos de la dismenorrea (dolor durante la menstruación). Esta encuesta incluirá su edad, sin necesitar ningún otro dato personal (no se incluirán el nombre ni otros datos identificativos). Con los datos obtenidos se realizará un estudio sobre características de la dismenorrea en pacientes de un centro de salud urbano de Valladolid. Este estudio será utilizado para realizar el Trabajo de Fin de Grado de Celia Alonso Martín como parte de la titulación del Grado en Medicina en la Universidad de Valladolid.

La cumplimentación de la encuesta es, por supuesto, totalmente **voluntaria** y esta se entregará exclusivamente a aquellas personas que deseen participar en el estudio tras dar su consentimiento.

DATOS DEL PROYECTO

- Título del proyecto: Estudio de dismenorrea en mujeres de 18 a 35 años en un centro de salud urbano
- Estudiante: Celia Alonso Martín
- Tutora: Pilar del Río Molina
- Centro: Centro de Salud Huerta del Rey
- Institución: Universidad de Valladolid (UVa)

DESCRIPCIÓN

Objetivos del proyecto: el principal es realizar un análisis descriptivo del perfil de mujer que sufre dismenorrea y de su percepción de gravedad de la misma. Otros objetivos incluyen describir la gravedad de la dismenorrea (síntomas acompañantes, grado de dolor), analizar su interferencia en las actividades de la vida diaria, cuantificar el absentismo laboral o académico producido por la misma y obtener datos generales sobre la relación de con el sistema de salud (cuántas consultan por dismenorrea, a donde acuden y el grado de automedicación).

La participación en el estudio consistirá en responder de manera **voluntaria** a una encuesta **anónima** realizada por la estudiante en base a bibliografía actual de interés sobre el tema y a otros estudios similares. Esta encuesta se hará en formato Google Forms y será enviada **exclusivamente a las participantes que accedan a ser consultadas** (previa lectura de pre-consentimiento por vía telefónica). Esta se enviará a través de un enlace a la dirección de correo electrónico que proporcionen. La encuesta consta de 24 preguntas de opción múltiple divididas en 8 secciones, siendo las únicas obligatorias la edad de la paciente y si sufre o no dismenorrea. La duración de la misma es de unos 10 minutos.

La participante tiene **derecho a retirarse** del estudio en cualquier momento sin expresión de causa o motivo y sin consecuencias. **Se aclararán todas las dudas** antes de aceptar el consentimiento. La participante tiene derecho a **conocer los resultados** del estudio.

GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos son anónimos y se recogerán en un archivo Excel vinculado a la encuesta **solo visible por el investigador**. El único dato personal que se recoge es la **edad** (no se incluirá el nombre ni otros datos identificativos).

Garantizamos la protección de datos según la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y según el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

Celia Alonso Martín.

Estudiante de 6º curso de Medicina en la UVa.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Declaro haber leído la Hoja de información al participante, incluida en el Consentimiento Informado respecto al proyecto TFG en la UVa de Celia Alonso Martín titulado *Estudio de dismenorrea en mujeres de 18 a 35 años en un centro de salud urbano*.
2. Se me ha proporcionado una copia de dicho Consentimiento Informado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos.
3. He tenido el tiempo y la oportunidad de realizar preguntas y aclarar dudas, siendo todas respondidas satisfactoriamente.

4. Se me ha asegurado la confidencialidad de mis datos personales de acuerdo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y según el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).
5. Otorgo el consentimiento de manera voluntaria, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento del estudio sin expresión de causa o motivo sin que ello conlleve ninguna consecuencia.

Esto quedará confirmado en un apartado de la encuesta online.

ANEXO V. Póster.

ESTUDIO DE DISMENORREA EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO



Trabajo de Fin de Grado Medicina 2022 - 2023

Autor: Celia Alonso Martín, Tutores: Pilar del Río Molina, María González Araújo

UVa

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es un síndrome con alta prevalencia cuyos síntomas impactan en la calidad de vida de las mujeres. El **objetivo principal** de este trabajo es acercarnos a la experiencia de la paciente con dismenorrea y crear un perfil sobre la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal basado en la redacción de una encuesta según bibliografía disponible administrada en formato *online* (respuestas anónimas). Dirigida a 293 mujeres, finalmente participaron 120. Análisis descriptivo mediante Excel 2016 16.0 e IBM SPSS Statistics 28.0.1.

RESULTADOS

La prevalencia global fue del 80,8%.

El grado de dolor más frecuente fue 7 (ENV)



El 86,6% presentaron síntomas acompañantes (más frecuente: cambios en el estado de ánimo).



Hay mayor prevalencia de antecedente materno de dismenorrea en el grupo con dismenorrea (p-valor 0,019).

El 75,5% de mujeres con dismenorrea consideran que es "normal" en comparación con el grupo sin dismenorrea (p-valor = 0.000)

Dismenorrea	Sí es normal	NO es normal	% sí
SÍ	71	23	75,5%
NO	6	16	27,3%
	77	39	66,4%

El absentismo global laboral y/o académico fue del 17%.

Solo un 27,1% de las mujeres consultan.

El 80% de pacientes con dolor moderado consideran la dismenorrea como "normal" en comparación con los otros grados de dolor (p-valor = 0.007).

Grado de dolor	SÍ	NO	% sí
0 a 3	20	16	55,6%
4 a 6	28	7	80%
7 a 10	29	16	64,4%
	77	39	66,4%

La prevalencia de tratamiento farmacológico es del 83,2%, siendo el más frecuente la toma de AINES.

CONCLUSIONES

- ✓ La dismenorrea tiene una alta prevalencia.
- ✓ El perfil de mujer que la sufre señala dolor severo con síntomas acompañantes.
- ✓ La mayoría de las pacientes no tienen conciencia de enfermedad, a pesar de la alta prevalencia en la toma de analgésicos.
- ✓ La dismenorrea reduce la calidad de vida de estas mujeres.

ACCESO A BIBLIOGRAFÍA

