GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-183-09

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

N94X Dolor y Otras Afecciones Relacionadas con los Órganos Genitales Femeninos y con el Ciclo Menstrual

Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Autores:			
Dra Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Gineco-obstetricia		UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No 3, CMN La Raza, ,Distrito Federal.
Dr. Adolfo Flores Barboza	Medicina Familiar		Unidad de Medicina Familiar No.1 Zacatecas, Zacatecas
Dra. Ma. Guadalupe Soto Castañeda	Gineco-Obstetricia	IMSS	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia CMN Occidente, Guadalajara, Jalisco.
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar Maestría en Ciencias		Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica División de Excelencia Clínica CUMAE
Dra. Ma. Antonia Valdés Vargas	Gineco-obstetricia		Hospital de Gineco-Obstetricia No 60. Tlalnepantla, Estado. de México
Validación :			
Dra. Teresa Araujo Bernal	Gineco-obstetricia	ISSSTE	Hospital Regional Io de Octubre
Dr. Oscar Enrique Jiménez Hernández	Gineco-obstetricia	IMSS	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No 3, CMN La Raza, Distrito Federal.

Índice:

1. Clasificación 5
2. Preguntas a responder por esta Guía 6
3. Aspectos Generales 7
3.1 Justificación 7
3.2 Objetivo de esta Guía 8
3.3 Definición 8
4. Evidencias y Recomendaciones 9
4.2 Prevención Secundaria 10
4.2.1 Detección 10
4.2.2 Clasificación de Dismenorrea 11
4.2.3 Fisiopatología 12
4.2.3 Diagnóstico 13
4.2.3 Tratamiento 18
4.3.1 Tratamiento Quirúrgico 26
4.3 Criterios de referencia y Contrarreferencia 30
4.3.1 Criterios técnico médicos de Referencia 30
4.3.2 Criterios técnico médicos de Contrarreferencia 31
4.4 Vigilancia y Seguimiento 31
4.5 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda 31
Algoritmos 32
5 . Definiciones Operativas 38
6. Anexos 40
6.1 Protocolo de Búsqueda 40
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación 41
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad 44
6.4 Medicamentos 45
7. Bibliografía 51
8. Agradecimientos 53
9. Comité académico 54
10. Directorio 55
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica 56

1. Clasificación

REGISTRO: IMSS-183-09	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Medico Familiar, Gineco-obstetras
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	N94X Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual
CATEGORÍA DE GPC	Primero, Segundo o Tercer Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Gineco obstetra, Personal en el área de salud en formación. Psicoterapeutas.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres en edad reproductiva.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No 3, CMNLa Raza, Distrito Federal. UMAE Hospital de Gineco – Obstetricia CMNO. Hospital de Gineco – Obstetricia No. 60.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Factores de Riesgo Indicaciones para Diagnostico y Tratamiento : Atención médica USG Laparoscopia Histeroscopía Anticonceptivos orales Antiinflamatorios no esteroides(AINES Acupuntura LUNA Neurectomia Presacra Histerosalpingografia Psicoterapia
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Diagnóstico temprano y Tratamiento oportuno. Mejorar el pronostico obstetrico y reproductivo de la paciente Mejorar la calidad de vida Disminuir los costos economicos por ausentismo Unificar los criterios de Referencia y Contrarreferencia
METODOLOGÍA	Adaptacion, adopción de recomendaciones basadas en las guías de referencia.
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Se llevará a cabo una validación externa por pares.
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO ***IMSS-183-09*** FECHA DE ACTUALIZACIÓN ***a partir del registro 2 a 3 años***

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: http://www.cenetec.salud.gob.mx/

2. Preguntas a responder por esta Guía

¿Cuales son los factores de riesgo asociados a dismenorrea?

¿Como se clasifica la dismenorrea?

¿Cuál es el cuadro clínico de dismenorrea?

¿Cual es la patología más frecuente en dismenorrea secundaria?

¿Con que patologías no ginecológicas se debe de hacer diagnóstico diferencial?

¿Cual es el impacto socioeconómico de dismenorrea?

¿Que pruebas diagnósticas son útiles en el estudio de dismenorrea?

¿Cual es la utilidad de los AINES en dismenorrea?

¿Cuál es la utilidad de los medicamentos hormonales en dismenorrea?

¿Por cuánto tiempo debe usarse el tratamiento Farmacológico en dismenorrea?

¿Que papel juega el abordaje quirúrgico en dismenorrea?

¿Existen otras alternativas para el tratamiento de dismenorrea?

¿Cuales son los criterios de referencia y contrarreferencia del primero, segundo y tercer nivel de atención?

3. Aspectos Generales

3.1 Justificación

La dismenorrea o dolor menstrual es uno de los síntomas más comúnmente referidos en la consulta médica[SOGC Clinical Practice Guideline, 2005] El 90% de mujeres que acuden a atención primaria presentan algún tipo de dolor menstrual. [SOGC Clinical Practice Guideline, 2005,] ocurriendo en un 15 a 50% en la mujer joven.[Granot, 2001]

La mayoría de las mujeres consideran la dismenorrea como un proceso inevitable del periodo menstrual, aunque sea incapacitante. Tal vez por ello buscan asistencia médica, y con frecuencia no siguen de manera adecuada las indicaciones en cuanto a prescripción farmacológica [COMEGO, 2008]

Una encuesta de estudiantes mexicanas de 12 a 24 años encontró que el 52 % al 64% presentaban dismenorrea [Proctor, 2008]

La importancia en el diagnóstico temprano tiene como resultado proporcionar una mejor calidad de vida en la mujer y una disminución en el ausentismo escolar y laboral.

Se estima que las pérdidas anuales por dismenorrea tan sólo en EU de Norteamérica fue de 600 millones de horas de trabajo, y dos billones de dólares a mediados de los años 80s.[Proctor, 2008]

En gran parte de los casos sus causas son conocidas, sin embargo en casi el 30% de los mismos no se encuentra ninguna patología. [Fall,2008]

Dismenorrea, término griego que significa "dolor o dificultad en la menstruación", se divide en dos categorías: Primaria y secundaria.

La Dismenorrea primaria se define como la presencia de dolor durante la menstruación sin patología presente, que resulta de isquemia uterina causando dolor, modulado por prostaglandinas [SOGC Clinical Practice Guideline, 2005.] Clásicamente la dismenorrea se presenta en ciclos menstruales ovulatorios, la cual mejora o desaparece posterior a embarazos [Fall,2008]

La Dismenorrea involucra una gran variedad de factores hormonales relacionados con la menstruación así como factores no hormonales.

La dismenorrea secundaria sugiere el desarrollo de procesos patológicos o esenciales, tales como la endometriosis e infección pélvica. [Fall,2008]

Para su diagnóstico es necesaria una historia clínica enfocada a las características de ciclos menstruales, factores psicosociales y patología pélvica agregada. [Fall,2008,GPC NGC, 2005]

El tratamiento es Farmacológico, no farmacológico y Quirúrgico.

El tratamiento farmacológico se basa en el uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y hormonales en sus modalidades: progestinas, anticonceptivos orales combinados (ACO), y otros como GnRh, y Danazol.

El tratamiento alternativo incluye: Vitaminas E, ácidos grasos omega 3, vitamina B1, y magnesio parecen mejorar el dolor menstrual, sin embargo los trabajos existentes son pocos con muestras pequeñas, por lo que no se pueden emitir conclusiones ni recomendaciones [COMEGO, 2008]

La acupuntura también se encuentra contemplada en la medicina alternativa, mostrando mayor eficacia que el placebo en revisiones sistemáticas [Proctor, 2008]

El tratamiento quirúrgico se reserva para un pequeño número de pacientes con dismenorrea primaria que no responden a tratamiento farmacológico y/o alternativo; el cual incluye : Neurectomia pre-sacra , ablación de úterosacros (LUNA) , resección del ligamento úterosacro y la Histerectomia [COMEGO, 2008] Sin embargo ningún tratamiento garantiza el control del dolor en el 100%, existiendo casos aunque mínimos a los que se les enviara a la clínica del dolor por no ser suficientes los anteriores tratamientos.

3.2 Objetivo de esta Guía

La Guía de Practica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el primer, segundo y tercer nivel de atención" forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento de Dismenorrea. Los objetivos de la presente guía son:

En el primer nivel de atención:

- Identificar de forma oportuna los síntomas relacionados con Dismenorrea
- Identificar los factores de riesgo para Dismenorrea
- Brindar tratamiento médico de primera línea en dismenorrea
- Realizar la referencia al segundo nivel de atención en casos que lo ameriten

En el segundo nivel de atención:

- Realizar estudios de laboratorio y gabinete para diagnóstico presuntivo
- Informar a las pacientes y tratar los factores de riesgo modificables en Dismenorrea
- Ofrecer Tratamiento específico y oportuno
- Realizar la referencia de pacientes de difícil control al tercer nivel de atención

En el tercer nivel:

- Realizar estudios complementarios para un diagnóstico definitivo
- Brindar tratamiento específico en cada patología.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 Definición

Dismenorrea: Derivado del término griego "dis" – difícil, "men" – mes, "rheo" – flujo; es decir dificultad en la menstruación.
Es el dolor durante la menstruación de tipo cólico en la porción inferior del abdomen presente durante al menos 3 ciclos menstruales; cuya evolución clínica varia entre 4 hrs. hasta 4 días. Se clasifica en dismenorrea primaria y secundaria.

4. Evidencias y Recomendaciones

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.
Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

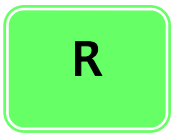
Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

Evidencia



Recomendación

Buena Práctica

4.2 Prevención Secundaria

4.2.1 Detección

4.2.1.1 Pruebas de detección específica o factores de Riesgo

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los factores de riesgo relacionados con la dismenorrea son: La edad Raza IMC menor de 20 Ocupación con alto estrés, Tabaquismo menarca precoz, hiperpolimenorrea, Síndrome de Tensión premenstrual Enfermedad inflamatoria pélvica crónica Oclusión tubaria Bilateral(OTB) Infertilidad Pérdida repetida de la gestación Síndrome ansioso-depresivo Abuso sexual Alcohol, drogas. Antecedentes familiares de dismenorrea	Ia (E=Sheckelle) Pallavi, 2006 Bettendorf, 2008 IV (E=Sheckelle) COMEGO, 2008 IV (E=Sheckelle SOGC, 2005
E	Un estudio prospectivo estableció que la dismenorrea se puede asociar a la exposición con el humo del tabaco(fumadora pasiva)	IV (E=Sheckelle SOGC, 2005

E	Las pacientes con mayor probabilidad de dismenorrea son mujeres adolescentes entre los 13 a 18 años	Ia (E=Sheckelle Pallavi, 2006 III (E=Sheckelle Bettendorf, 2008
E	El uso de anticonceptivos, ingesta de pescado, ejercicio, ser casada, o multiparidad se asocia a menor riesgo de dismenorrea	II (E=Sheckelle) Pallavi, 2006
E	La menarca temprana la hiperpolimenorrea y el antecedente familiar se asocian a cuadros mas severos de dismenorrea	IV (E=Sheckelle) SOGC, 2005
E	Existe controversia en la asociacion de dismenorrea primaria con obesidad, actividad física e ingesta de alcohol	IV (E=Sheckelle) SOGC, 2005
E	A pesar de las diferencias entre la etiología de la dismenorrea primaria y la secundaria, la sobreproducción de prostaglandinas participa en ambos trastornos, con altas concentraciones de PG en el tejido endometrial de mujeres con dismenorrea secundaria asociada a enfermedades pélvicas o a el uso del dispositivo intrauterino	Ia (E=Sheckelle) Marjoribanks, 2003

4.2.2 Clasificación de Dismenorrea

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La dismenorrea se clasifica en primaria y secundaria. Entendiéndose como dismenorrea primaria el dolor menstrual sin patología pélvica con un inicio en los primeros 6 meses después de la menarca. La dismenorrea secundaria es el dolor menstrual asociado a una patología subyacente y su inicio puede ser años después de la menarca.	III (E=Sheckelle) Bettendorf, 2008

E	El dolor pélvico crónico es definido por la ACOG como dolor no cíclico, de al menos tres meses de duración o cíclico de 6 meses de duración.	III (E=Shekelle) Sanfilippo, 2008
E	El dolor pélvico crónico es más frecuente en mujeres adolescentes, es una alteración que puede presentarse por múltiples causas, tanto ginecológicas como no ginecológicas.	III (E=Shekelle) Sanfilippo, 2008 IV (E=Sheckelle) SOGC, 2005

4.2.3 Fisiopatología

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La dismenorrea primaria es causada por actividad miometrial, modulada por la síntesis de prostaglandinas, ocasionando isquemia uterina la cual desencadena el dolor.	IV (E=Sheckelle) SOGC, 2005
E	Las evidencias muestran que los niveles de prostaglandinas F2 (alfa) aumentan durante el ciclo menstrual, encontrando una correlación directamente proporcional entre los niveles de prostaglandinas y la intensidad del dolor.	III (E=Shekelle) Yusoff, 2006
E	Se ha identificado que otro factor que contribuye a la dismenorrea es la sobreproducción de la vasopresina, hormona que estimula la contracción del tejido muscular.	Ia (E=Shekelle) Marjorbanks , 2008
E	La producción de las prostaglandinas esta mediada por ciclooxigenasas COX-1 y la COX-2, requerida esta última en procesos reproductivos incluyendo implantación y decidualización.	III (E=Shekelle) Briggs, 1999

4.2.3 Diagnóstico
4.2.2.1 Diagnóstico Clínico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	La historia Clínica es fundamental para el abordaje del dolor pélvico	IV (E= Shekelle) SOGC 2005
E	El dolor de la dismenorrea ya sea primaria o secundaria, es referido como dolor tipo cólico en región supra púbica, el cual puede irradiarse a región lumbosacra o anterior del muslo, de inicio pocas horas antes o con el comienzo del ciclo menstrual, y con una duración de 4 horas a 4 días. El dolor es más intenso en el primer día del ciclo menstrual, puede acompañarse de náusea, vómitos, diarrea en un gran porcentaje de casos. En las formas más severas el dolor puede presentarse como un episodio abdominal agudo e intenso que puede imitar a un abdomen agudo (dismenorrea incapacitante)	III (E=Shekelle) Yusoff, 2006
R	Interrogatorio: El diagnóstico clínico de la dismenorrea debe hacerse con una historia clínica y un interrogatorio amplio que incluya: Edad de la menarca, características de los ciclos menstruales, edad en que inicio la dismenorrea, características del dolor (sitio, tipo de dolor, irradiación, intensidad, duración, síntomas que lo acompañan, y factores que lo exacerben o disminuyan). En pacientes con vida sexual activa se debe investigar edad de inicio de la misma, número de compañeros sexuales, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual, al igual que dispareunia y método anticonceptivo utilizado.	IV (E= Shekelle) SOGC 2008 IV (E= Shekelle) GPC COMEGO, 2008
R	Debido a que el dolor menstrual es altamente prevalente, y gran numero de mujeres lo consideran normal, el médico debe investigar de manera dirigida las características del dolor menstrual y la menstruación, con la intención de descartar alguna patología de base	C COMEGO, 2008

E	En las adolescentes con dismenorrea durante los primeros 6 meses de inicio de la menarca deberá sospecharse la posibilidad de malformación obstructiva a nivel del tracto genital; ya que la dismenorrea ocurre sólo durante ciclos ovulatorios, que no siempre pueden ser evidentes en la menarca. La dismenorrea después de los 25 años de edad, sin historia previa de dolor, puede deberse a endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, o adenomiosis.	IIIA SOGC, 2005 III (E=Shekelle) Proctor,2006
R	Exploración Física: En las adolescentes sin vida sexual , con cuadro característico de dismenorrea primaria el exámen pélvico no es necesario, pero se sugiere la revisión de genitales externos, buscando algún dato de patología obstructiva (himen imperforado); pudiendo realizar una exploración recto-abdominal para buscar hipersensibilidad y tumoración anexial. En las pacientes con vida sexual activa se debe de realizar una exploración pélvica bimanual, y con espejo para descartar alguna patología agregada.	III-D SOGC, 2005 C COMEGO, 2008
R	Un nuevo exámen pélvico esta indicado en pacientes que no responden a tratamiento convencional para descartar patología agregada ginecológica	III-B SOGC, 2005
R	El ultrasonido no reemplazará a la exploración bimanual ginecológica	IV (E=Shekelle) SOGC, 2005
R	La dismenorrea secundaria generalmente se presenta en mujeres de mayor edad, se asocia con anomalías pélvicas incluyendo: Dolor pélvico crónico, dispareunia, metrorragias, enfermedad pélvica inflamatoria, adenomiosis, miomatosis, malformación de conductos mullerianos, quistes ováricos, pólipos endometriales, proceso Adherencial, anticoncepción con DIU, en estas patologías el dolor se origina por procesos inflamatorios o isquémicos.	III-A SOGC, 2005 III (E=Sheckelle) Bettendorf, 2008

4.2.2.2 Diagnóstico Diferencial

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El diagnóstico diferencial de dismenorrea debe hacerse entre: **Dismenorrea Primaria y Dismenorrea secundaria.** **Encontrándose como causas de esta última:** • Endometriosis • Síndrome Adherencial • Enfermedad pélvica inflamatoria. • Miomas • Síndrome congestión pélvica • Adenomiosis. • Estenosis cervical • Pólipo endometrial • Malformaciones obstructivas del Tracto Genital **Otras causas de dolor pélvico crónico:** -Enfermedades Gastrointestinales: • Constipación • Síndrome de colon irritable • Diverticulitis • Diverticulosis. • Apendicitis • Divertículo de Meckel Enfermedades Genitourinarias: • Síndrome de vejiga dolorosa/Cistitis intersticial • Síndrome de Vejiga hiperactiva • Uretritis crónica Enfermedad Miofascial: • Fascitis • Síndrome de compresión nerviosa • Hernias (Femoral, umbilical e inguinal) • Disfunción Miofacial Enfermedades esqueléticas: • Escoliosis • Espondilolistesis • Osteítis púbica • Disfunción por compresión de LI y L2 Enfermedades Psicológicas • Somatización • Disfunción psicosexual • Depresión	III (E=Shekelle) Gelbaya, 2001 III-B SOGC, 2005 IV (E=Shekelle) Jhon F, 2005

E	La endometriosis es un trastorno ginecológico frecuente que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad fértil (Askenazi 1997). Presenta una variedad de síntomas, más comúnmente como dismenorrea, dolor pélvico, infertilidad o masa pélvica.	Ia (E=Shekelle) Yap C et al, 2008

4.2.2.2 Pruebas Diagnósticas

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	No hay estudios de laboratorio específicos para el diagnóstico de dismenorrea primaria	IV (E= Shekelle) SOGC 2005
R	Pruebas adecuadas para descartar infección pélvica particularmente chlamydia y gonorrea deben realizarse ante la sospecha de dolor pélvico secundario a enfermedad inflamatoria pélvica crónica.	IV (E= Shekelle) RCOG 2008 IV (E= Shekelle) RCOG 2005 IV (E= Shekelle) NGC, 2008
R	Las indicaciones del ultrasonido pélvico en dismenorrea son las siguientes: • Paciente con dismenorrea sin respuesta al tratamiento previo • Pacientes que por hallazgo clínico se sospecha patología agregada • En adolescentes en quienes el exámen pélvico es imposible o no satisfactorio.	IV (E= Shekelle) COMEGO, 2008 IV (E= Shekelle) RCOG, 2008 IV (E= Shekelle) NGC, 2008
✓/R	Si la paciente ya inicio vida sexual se sugiere realizar USG endovaginal.	√ Buena Práctica
R	La resonancia magnética puede ser de utilidad en pacientes con sospecha de alguna malformación genital obstructiva.	IV (E= Shekelle) COMEGO

R	La resonancia magnética tiene sensibilidad en la detección de focos endometriósicos grandes, también puede usarse para el diagnóstico de tumores pélvicos palpables, o cuando la sintomatología sugiere la presencia de enfermedad rectovaginal.	III NGC, 2005
R	La laparoscopia esta indicada en las pacientes con dismenorrea, falta de respuesta al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o anticonceptivos orales(ACO) con sospecha de dismenorrea secundaria.	Ia (E=Sheckelle) Proctor, 2006
E	La laparoscopia diagnóstica es considerada como el estándar de oro en el diagnóstico de dolor pelvico crónico	IV (E= Shekelle NGC, 2005
R	La laparoscopia esta indicada ante la posibilidad de síndrome adherencial leve, enfermedad pélvica inflamatoria o endometriosis que afecten potencialmente la fertilidad.	IV (E= Shekelle) RCOG, 2008
R	Los riesgos, beneficios y la posibilidad de falsos negativos deben discutirse antes de realizar el procedimiento.	C (E=Sheckelle) NGC, 2005
E	Para el diagnóstico de endometriosis la laparoscopía o la laparotomía son usadas como valor de referencia ("estándar de oro") para el diagnóstico de esta enfermedad, y permite al ginecólogo identificar la ubicación, el alcance y la gravedad de la enfermedad.	Ia (E= Shekelle) Yap C,et al, 2008
R	La cistoscopia sera indicada cuando se sospeche como causa urológica generalmente despues de realizada laparoscopia pelvica, debiendo realizarse por personal entrenado en esta técnica, con fines de descartar cistitis intersticial	III-B SOGC, 2005
✓/R	Cuando se sospeche dolor pelvico secundario a patologia gastrointestinal, debe ser valorada para revisión por especialista gastroenterólogo.	√ Buena Práctica

4.2.3 Tratamiento
4.2.3.1Tratamiento Farmacológico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Dentro del Tratamiento de la dismenorrea se encuentran: • Analgésicos • AINES • ACO • OtrosAnálogos de la Hormona liberadora de Gonadotropinas (GnRh), Danazol)	I-A SOGC 2005,
E	La evidencia sugiere que en mujeres con dismenorrea primaria, los AINES son más efectivos que el placebo para el control del dolor. No observándose evidencias sólidas de cual es mejor que otro	Ia COMEGO, 2008
R	El acetaminofen es un analgésico antipirético con efecto débil como inhibidor de la ciclooxigenasa. Produce analgesia disminuyendo el umbral al dolor, teniendo buena tolerancia gastrointestinal, indicado en casos de dismenorrea leve.	D (E=Shekelle) SOGC, 2005 D (E=Shekelle) COMEGO,2008
E	Los AINES son analgésicos inhibidores no específicos de las enzimas ciclooxigenasas (COX) con la consiguiente disminución de las prostaglandinas y el alivio del dolor.	Ia (E=Shekelle) Proctor, Cochrane 2008
E	Un meta-análisis de 56 ensayos, reporto que 4 AINES estudiados (Naproxen, ibuprofen, acido mefenámico y aspirina) son efectivos en la dismenorrea primaria, siendo el naproxen y el ibuprofeno mejores que la aspirina.	IV (E=Shekelle) SOGC, 2005
E	En las mujeres con dismenorrea los AINES son significativamente mas efectivos en el alivio del dolor que el placebo, aunque los efectos adversos son también más frecuentes	Ia (E=Shekelle) Marjoribanks J, Cochrane 2008

E	Cuando se compararon los AINES entre si con paracetamol, hubo pocas pruebas de seguridad de cualquiera de los AINES en cuanto eficacia y seguridad; sin embargo las pruebas disponibles tenían poco poder estadístico	Ia (E=Shekelle) Marjoribanks J, Cochrane 2008
R	Los AINES son un tratamiento efectivo para dismenorrea aunque se debe de ser consciente del riesgo significativo de sus efectos adversos, no existen pruebas suficientes para determinar que AINE es el más seguro y efectivo en el tratamiento de la dismenorrea.	Ia (E=Shekelle) Proctor, Cochrane 2008
E	No se encontraron diferencias significativas entre los AINES excepto el ácido acetil salicílico que demostró tener menos eficacia que el resto de los AINES de un 70 % contra un 40% de efectividad en el alivio del dolor.	Ia (E=Shekelle) Proctor, Cochrane 2008
E	Los efectos adversos más frecuentes de los AINES son síntomas gastrointestinales leves como náusea, dispepsia, cefalea, mareo, somnolencia y resequedad de boca.	Ia (E=Shekelle) Proctor, Cochrane 2008
E	No se encontraron diferencias significativas en los efectos adversos gastrointestinales, entre AINES y paracetamol, ni entre AINES y placebo; ni tampoco en los efectos adversos neurológicos entre AINES entre sí y paracetamol.	Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008
E	Los anti-inflamatorios de nueva generación como los inhibidores específicos de la COX-2 son efectivos para la dismenorrea aunque cuestionables sus efectos en seguridad cardiovascular como: meloxicam, ácido mefenámico, rofecoxib y valdecoxif; estos dos últimos retirados del mercado por efectos adversos graves.	III (E=Shekelle) Proctor, 2006
R	A las mujeres con dismenorrea primaria se les puede ofrecer tratamiento con AINES de primera intención para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida; excepto aquellas que tengan alguna contraindicación para el uso de AINES	IA (E=Shekelle) GPC RECOG, 2005

R	Se recomienda que el uso de los AINES sea de dos a tres días antes del ciclo menstrual y 2 a 3 días después de inicio de la menstruación.	III (E=Shekelle) Speroff, 2006
E	**Anticonceptivos orales**(ACO): En casos de dolor pélvico de origen ginecológico, el tratamiento farmacológico incluye: Tratamiento hormonal Como lo es los ACO, progestinas, Danazol y agonistas liberadoras de GnRh, pudiendo ser consideradas de primera línea principalmente en el tratamiento de la endometriosis.	I, -II-1-A SOGC 2005,
E	Los ACO suprimen la ovulación y restringen el crecimiento endometrial, disminuyendo la producción de prostaglandinas y del volumen catamenial, con lo que mejora la sintomatología de esta enfermedad.	IV (E=Sheckelle) COMEGO, 2008
R	Los ACO pueden ser recomendados para el tratamiento de la dismenorrea primaria como primera línea en mujeres que presentan trastornos menstruales y que no se encuentren contraindicados.	I-A SOGC, 2005
E	En un ensayo clínico controlado sobre uso de ACO de bajas dosis vs placebo se encontró que las usuarias de ACO mostraron una media de un cuestionario de dolor menstrual menor (3.1) en comparación al grupo de placebo (5.8) con un valor p= < .05.	Ib (E=Sehekelle) Anne RD, et al,,2005
E	En un metanálisis de ensayos clínicos controlados, con ACO combinados con estrógeno de dosis media (> 35 mcg) y progestágenos de 1° ó 2° generación los ACO mostraron más eficacia en comparación a placebo para el alivio del dolor. Sin embargo, los resultados fueron heterogéneos convirtiéndose estadísticamente no significativos. Otros estudios mostraron una diferencia significativa a favor de los ACO en comparación con el placebo con menor ausentismo a la escuela o al trabajo, no hubo diferencias entre los grupos de tratamiento y el placebo en los efectos adversos experimentados.	Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008

R	En la actualidad no existen evidencias en relación a que dosis sea la más eficaz para el control de dismenorrea.	A (E=Shekelle) Proctor, 2008
✓/R	Pese a resultados de revisiones sistemáticas en la actualidad el uso de ACO siguen siendo útil como segunda opción para el control de dismenorrea	√ Buena Práctica
E	Los ACO disminuyen significativamente la menstruación y el dolor periovulatorio más comúnmente por disminución en la producción de prostaglandinas	I-A SOGC, 2005 Ia (E=Shekelle) Proctor,
E	En estudios transversales y ECA se observó que el uso de ACO combinados conlleva a un menor uso de antiinflamatorios no esteroideos.	III (E=Shekelle) Kiley J, et al. 2007
R	Las progestinas inhiben la ovulación lo que a su vez produce atrofia endometrial mejorando de esta forma la dismenorrea. El acetato de Medroxiprogesterona ha sido utilizado con éxito en el tratamiento de dismenorrea en mujeres adultas	C (E=Shekelle) COMEGO, 2008
R	El uso prolongado de progesterona no se recomienda en pacientes adolescentes, ya que puede producir disminución de la densidad mineral ósea.	D (E=Shekelle) COMEGO, 2008
R	Se puede indicar el uso de ACO en forma continua para la disminución o supresión del sangrado asociado a dismenorrea	I-A SOGC,2005
R	El Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) de depósito y el sistema intrauterino de Levonorgestrel han mostrado eficacia en el tratamiento de la dismenorrea y tambien pueden considerarse como una opción de tratamiento en la dismenorrea primaria	II-B SOGC,2005

i

R	La combinación de analgésicos y ACO o DIU Levonorgestrel es una opción en los casos en que no haya respuesta al tratamiento	IB SOGC,2005
E	En un metanálisis de ocho ensayos, sobre anticonceptivos de implante de progestágenos como el etonogestrel (Implanon) y el Norplan en 1 578 mujeres, no hubo diferencias entre ambas progestinas en las tasas de continuación o efectividad anticonceptiva durante un período de cuatro años , observando como efecto secundario. cambio en el patrón de el sangrado menstrual presentando además una tasa de amenorrea mayor significativamente con Implanon que con Norplan fue significativamente más rápido de insertar y extraer que Norplan.	Ia (E=Shekelle) Power et al.,2008
✓/R	Con fines de reducir el dolor en la dismenorrea primaria hay que considerar el uso de anticonceptivos progestacionales subdérmicos como el implante de etonogestrel, ya que la cantidad de la menstruación y los periódos de amenorrea se observan significativamente en las usuarias de estos hormonales,siempre y cuando no esten contraindicados.	√ Buena práctica
R	**Otros Fármacos** El Trinitrato de Glicerina transdérmico tiene efecto relajante en el miometrio, sin embargo en un estudio comparativo con diclofenaco mostro control del dolor solo durante 30 minutos en comparación con el diclofenaco cuyo efecto analgésico fue de 2 horas más.	IV SOGC,2005
R	Los fármacos calcio antagonista como nifedipina pueden reducir la actividad miometrial, y por lo tanto la dismenorrea; sin embargo aún no esta autorizado su uso por sus efectos adversos que incluyen cefalea, taquicardia y rubor facial.	III (E=Shekelle) Yusoff M. et al,,2006
✓/R	El uso de entiespasmódico como la butihioscina es de uso frecuente en nuestro medio, mostrando ser util en el control de la dismenorrea. Hay quienes prescriben la combinación de butilhioscina más metamizol parenteral en casos severos. El diclofenaco puede ser otra opción en el control del dolor.	√ Buena Práctica

E	Los tratamientos médicos para la endometriosis como causa de dismenorrea secundaria, incluyen : • Supresión hormonal sistémica • Danazol (un derivado de la hormona de testosterona sintética) • Gonadotropina liberadora o análogos de la hormona (GnRH) • Progestágenos Estos tratamientos pueden ser eficaces para el alivio del dolor asociado con endometriosis pero también reducen la fertilidad.	Ia (E= Shekelle) Yap C. et al, 2008

4.2.3.2 Tratamiento no Farmacológico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	La medicina alternativa o tratamientos complementarios, son considerados en el tratamiento de la dismenorrea, sin embargo su soporte científico esta limitado, dentro de estos tratamientos que han mostrado cierto beneficios se encuentran: Vitamina B1 Vitamina E Vitamina B12 Magnesio Vitamina B6 Aceite de pescado Aceites con omegas	I-B, II-3 C SOGC, 2005
R	La medicina alternativa y/o tratamientos complementarios, que no han mostrado cierto beneficios son: Vitamina B6/Magnesio en combinación Vitamina E combinada con ibuprofeno	II-1-II-3 SOGC, 2005
E	**Ejercicio** En una revisión sistemática de cuatro estudios controlados y 2 observacionales, se observó que el ejercicio mejora la dismenorrea primaria.	Ia (E=Shekel) Proctor,2008

E	Las técnicas de relajación para el manejo del dolor y apoyo psicológico y o psiquiátrico pueden mejorar la sintomatología de dismenorrea. Sin embargo los resultados no son concluyentes debido a un número pequeño de sujetos de estudio y los métodos deficientes utilizados en estos ensayos.	Ia (E=Shekel) Proctor,2008
R	**Medicina alternativa:** Aunque existen pocos estudios que sustenten los beneficios del uso de vitaminas en la dismenorrea, se ha recomendado la ingesta de Vitamina B1 y B6 100mg diarios mostrando efectividad en la reducción de la dismenorrea primaria Sin embargo no se pueden emitir conclusiones en forma definitiva	1-B SOGC, 2005 Ia COMEGO, 2008
R	La vitamina E 500 mg tomada 2 días antes y 3 después de la menstruación disminuyó significativamente la dismenorrea primaria	1-C SOGC, 2005
R	La vitamina E 200 UI por día durante los 5 días del sangrado menstrual disminuye significativamente la severidad y duración de el dolor menstrual en la dismenorrea primaria	III (E=Shekelle) Carolyn Ee, et al, 2006
R	La ingesta de aceite de pescado (2.5 grm/día) y aceite de bacalo (2 gr/día), reduce la necesidad de uso de analgésicos o antipiréticos cuando están indicados.	1-C SOGC, 2005
E	La ingesta de Omegas 3 y 6 en la dieta muestran reducción de los niveles de prostaglandinas, disminuyendo el dolor.	III (E=Shekelle) Sanffilippo J. et al, 2008
E	La dieta rica en frutas, pescado, huevos de gallina muestran una menor referencia de dolor menstrual	III (E=Shekelle) Carolyn Ee, 2006

E	El uso de magnesio en la dieta ha mostrado ser eficaz en el control de la dismenorrea, en comparación con el placebo. La dosis utilizada en los estudios clínicos fue de 4.5 mg orales de pidolato de magnesio cada 8 hrs durante 7 días antes y 3 días después de la menstruación.	II-1C SOGC, 2005 III (E=Shekelle) Sanffilippo, 2008
E	En un metanálisis sobre la eficacia del magnesio vs placebo se observó que el magnesio mostro mayor eficacia en comparación al placebo sin haber diferencias significativas en los efectos adversos.	Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008
E	El mecanismo de acción del magnesio en la dismenorrea no es claro, sin embargo se menciona su papel en la disminución de la síntesis de las prostaglandinas, lo anterior se sustenta en estudios en donde la ingesta de magnesio mostró una disminución de prostaglandina F2-α en la menstruación.	III (E=Shekelle) Sanffilippo, 2008
E	En un estudio clínico comparando Naproxen vs estimulación de alta frecuencia transcutánea (electroestimulación) de nervios no se observaron diferencias entre ambos grupos en relación a la mejoría de dismenorrea primaria	II-B SOGC, 2005
E	En una metanálisis sobre acupuntura Vs placebo se observaron mejores resultados en el control de dolor con la acupuntura en comparación con el placebo.	Ia (E=Shekelle) Proctor, ML, 2008
R	Las mujeres que acuden a recibir tratamiento alternativo para el alivio de la dismenorrea pueden ser instruidas sobre la limitación de las evidencias del beneficio de la acupuntura, no habiendo fundamentos que soporten que la manipulación espinal sea un tratamiento efectivo, igualmente la eficacia del calor local, esta sustentada en estudios limitados.	II-D SOGC, 2005 II-B SOGC, 2005
E	En una revisión sistemática en donde se comparo la neuroestimulación de baja y alta frecuencia vs placebo y acupuntura, mostró que la neuroestimulación de alta frecuencia es más eficaz para el control de dismenorrea.	Ia (E=Shekelle) Proctor, ML, 2008

E	**Herbolaria:** En un metanálisis de 1441 mujeres con dismenorrea se observó que el uso de hierbas chinas mostro una mejoría significativa para el control del dolor en comparación con tratamientos farmacológicos convencionales y placebo	Ia (E=Shekelle) Zhu X,2008
R	**Aspectos psicológicos** La incorporación de las pacientes a una estrategia conductual es una alternativa en el manejo de los síntomas. Es un área que requiere el desarrollo de más investigación para evaluar su efectividad.	Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008

4.3.1 Tratamiento Quirúrgico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Para un pequeño número de mujeres la dismenorrea puede persistir pese al tratamiento médico, y en este grupo considerar la opción quirúrgica. La cirugía constituye el diagnóstico final y una opción terapéutica en el manejo de la dismenorrea	III-C SOGC,2005
E	**Laparoscopia** En pacientes que no se ha obtenido un adecuado control del dolor con AINES y ACO la posibilidad de endometriosis es alta; en un estudio de 100 mujeres con dolor pélvico crónico que no tuvieron remisión del dolor con AINES, en el 80% se diagnóstico endometriosis por laparoscopia	IV (E=Shekelle) SOGC,2005
E	En un 12% a 32% de laparoscopias realizadas en mujeres se encontró endometriosis como causa de dolor pélvico. En un 50% se realizo laparoscopia como complementación diagnóstica en pacientes con dolor pélvico y dismenorrea	IV (E=Shekelle) SOGC,2005

E	Las lesiones de endometriosis pueden ser cauterizadas o resecadas durante la laparoscopia considerando este procedimiento no sólo diagnóstico sino terapéutico	IV (E=Shekelle) SOGC,2005
E	En mujeres con dismenorrea controladas con AINES y ACO existe la posibilidad de endometriosis, sin embargo pensar en laparoscopia diagnóstica debe analizarse debido a los riesgos del procedimiento.	IV (E=Shekelle) SOGC,2005
E	Conviene recordar que la apariencia de las lesiones endometriales en las adolescentes tienen una morfología diferente a las adultas por lo que el cirujano debe ser experimentado para no pasar por alto su presencia (Endometriosis atípica)	IV (E=Shekelle) COMEGO,2008
E	**Ablación de uterosacros (LUNA):** Intervención quirúrgica que consiste en la sección de los ligamentos úterosacros a nivel de su inserción en el cérvix; interrumpiendo la mayoría de las fibras nerviosas sensitivas cervicales, lleva un riesgo de complicaciones tales como el sangrado, lesión ureteral y alteraciones en el soporte pélvico.	IV (E=Shekelle) SOGC,2005 Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008
E	En un estudio que incluyo 180 mujeres sometidas a laparoscopia por dolor y endometriosis a la mitad se le realizo LUNA, un año después el 29% presentó recurrencia de dismenorrea; mientras que el resto del grupo se les realizo laparoscopia conservadora y solo el 27% tuvieron dismenorrea recurrente al año.	IV (E=Shekelle) SOGC,2005
E	**Neurectomia presacra (PSN)** La PSN involucra la resección total de los nervios presacros, situados dentro del triangulo interiliaco, es el método de denervación pélvica que se ha asociado con mayor efectividad en el control de dolor.	IV (E=Shekelle) SOGC,2005 Ia (E= Shekelle) Proctor, 2008

E	La PSN incluye la interrupción de un mayor número de vías nerviosas que LUNA, por consiguiente es un procedimiento más complejo que implica mayor riesgo operatorio y exige un alto grado de habilidad quirúrgica. Dentro de las complicaciones se encuentran: lesión a grandes vasos, disfunción vesical y prolapso uterino.	Ia (E= Shekelle) Proctor, 2008
E	En un estudio comparativo de mujeres tratadas con PSN y LUNA, la constipación se presento entre el 0 al 12% en el grupo de LUNA, mientras que en las tratadas con PSN fue de 21% al 94%, la urgencia urinaria se reporto en el grupo de PSN, pero no en el de LUNA. Cinco mujeres presentaron prolapso uterino total después del tratamiento con LUNA, tres de ellas eran jóvenes y nulíparas, las otras dos tenían antecedentes de partos previos	III (E=Shekelle) NHS, 2007
E	En un estudio de 126 mujeres sometidas a laparoscopia, como tratamiento del dolor asociado a endometriosis a 63 les realizaron PSN, y al resto se les realizo ablación de lesiones endometriósicas, no hubo diferencia en las complicaciones transoperatorias en ambos grupos, a los 12 y 24 meses de seguimiento las pacientes tratadas con PSN mostraron mejoría de la dismenorrea estadísticamente significativa.	IV (E= Shekelle) SOGC,2005
E	Los efectos adversos de la PSN se observaron en el 5% de las pacientes incluyen constipación y urgencia urinaria los cuales responden al tratamiento médico.	IV (E=Shekelle) SOGC,2005
E	La comparación entre LUNA y PSN laparoscópica para la dismenorrea primaria no mostró diferencias significativas en el alivio del dolor a corto plazo; sin embargo la PSN a largo plazo demostró ser más efectiva, aunque los efectos adversos fueron más frecuentes, el estreñimiento se presentó en mayor proporción, resolviéndose espontáneamente	Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008

R	La región presacra es altamente vascular y el procedimiento acarrea riesgos potenciales importantes de lesión de grandes vasos para el cirujano.	Ia (E=Shekelle) Proctor, 2008
R	La cirugía constituye el diagnóstico final y una opción terapéutica en el manejo de la dismenorrea.	III-C SOGC, 2005
R	La laparoscopia puede ser considerada en mujeres con persistencia del dolor pese a su tratamiento médico con AINES y ACO	III-C SOGC, 2005
R	Hay limitada evidencia para el uso de PSN en el manejo de dismenorrea primaria, los riesgos deben ser cuidadosamente evaluados y comparados con los beneficios esperados.	III-C SOGC, 2005
R	LUNA no ha mostrado una disminución del dolor a largo plazo y no parece ser la mejor opción.	III- C SOGC, 2005
✓/R	El tratamiento quirúgico es una alternativa terapeútica en casos de difícil control, sin embargo las evidencias muestran que no existe garantía de una resolución definitiva del dolor en dismenorrea	√ Buena práctica
E	**Histerectomia:** El dolor pélvico debe ser cuidadosamente investigado antes de considerar una histerectomía; cuando la sintomatología es severa, no ha habido respuesta a tratamientos previos y la paciente tiene paridad satisfecha puede ofrecerse la histerectomía como última opción terapéutica	III-C SOGC, 2005
R	La histerectomía en dismenorrea secundaria por endometriosis o adenomiosis conservando o no los ovarios puede ser una alternativa adecuada. La paciente debe ser informada sobre los riesgos y posibles consecuencias(síndrome de ovario residual, persistencia del dolor, y reactivación de la endometriosis)	II-2A SOGC, 2005

✓/R	Es recomendable nota informativa a las pacientes que requieran tratamiento invasivo(quirúrgico)	√ Buena Practica

4.3 Criterios de referencia y Contrarreferencia

4.3.1 Criterios técnico médicos de Referencia

4.3.1.1 Referencia del primer al segundo nivel de Atención

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Muchas mujeres con dolor pélvico crónico pueden ser manejadas en primer nivel de atención, debe considerarse referencia al segundo nivel cuando no se ha determinado la causa del mismo, o en casos de respuesta inadecuada al tratamiento médico.	D (E= Shekelle) NGC, 2005
✓/R	En pacientes con dolor severo deben enviarse al servicio de urgencias para control del cuadro agudo, ya que en algunos casos se requiere manejo hospitalario.	√ Buena Práctica
✓/R	La referencia debe incluir Biometría hematica, pruebas de coagulación, química sanguínea, exámen general de orina, frotis, cultivo de secreción vaginal, VDRL, HIV (en grupos de riesgo) y USG Pélvico según el caso y si se cuenta con el recurso.	√ Buena Práctica

4.3.1.2 Referencia del segundo al tercer nivel de Atención

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	Se enviarán las pacientes sin respuesta al tratamiento ofrecido hasta por 6 meses	√ Buena Práctica
✓/R	Se enviarán las pacientes con dismenorrea secundaria con sospecha de: • Endometriosis • Malformación Mulleriana • Pólipos endometriales	√ Buena Práctica

✓/R	Pacientes con recidiva de dismenorrea posterior a tratamiento quirúrgico.	√ Buena Práctica
✓/R	Pacientes con dolor peristente posterior a tratamiento médico y quirúrgico se recomienda su envió a clínica del dolor.	√ Buena Práctica

4.3.2 Criterios técnico médicos de Contrarreferencia

4.3.2.1 Contrarreferencia de tercer al primer o segundo nivel de Atención

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	Pacientes con buena respuesta a Tratamiento médico-quirúrgico	√ Buena Práctica

4.4 Vigilancia y Seguimiento

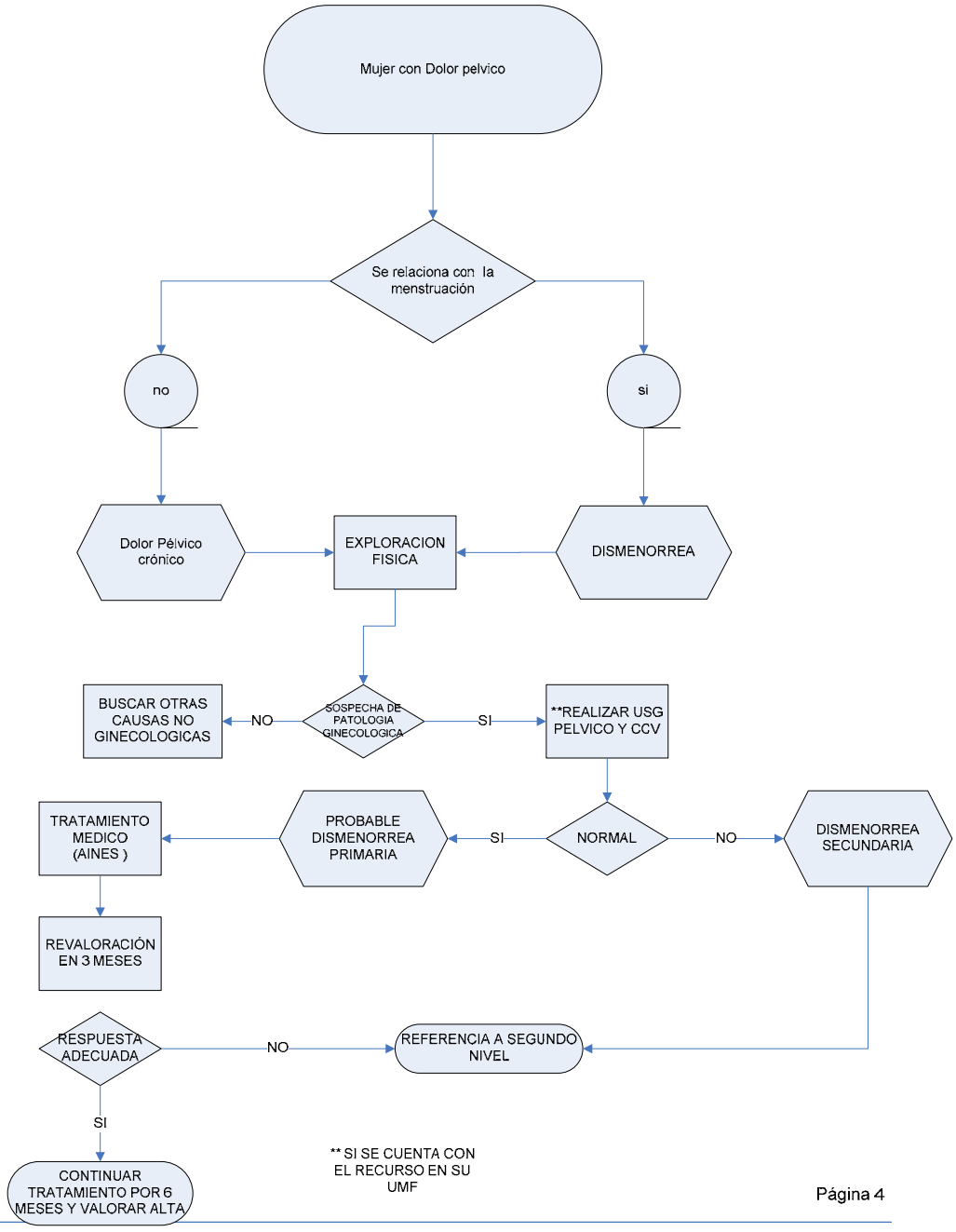
	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	En primer nivel se citara a la paciente a los 3 meses posteriores al tratamiento, si hay mejoría se revalorará en tres meses más.	√ Buena Práctica
✓/R	Las pacientes a quienes se les realizo algún procedimiento quirúrgico se les citara a los 7 días y posteriormente cada 3 meses hasta completar 6 meses.	√ Buena Práctica

4.5 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda

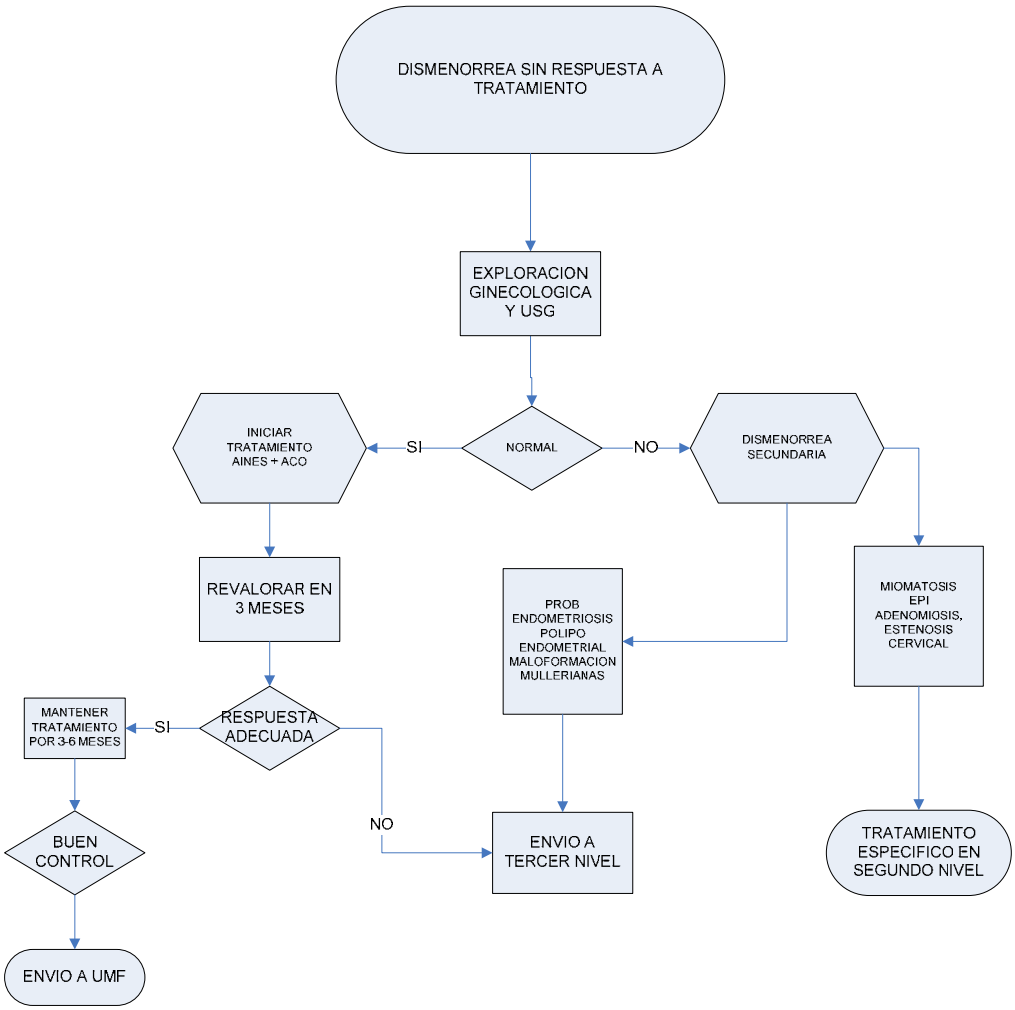
	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	Las pacientes con cuadro severo se extenderá incapacidad entre 1-3 días y posteriormente revaloración	√ Buena Práctica

Algoritmos

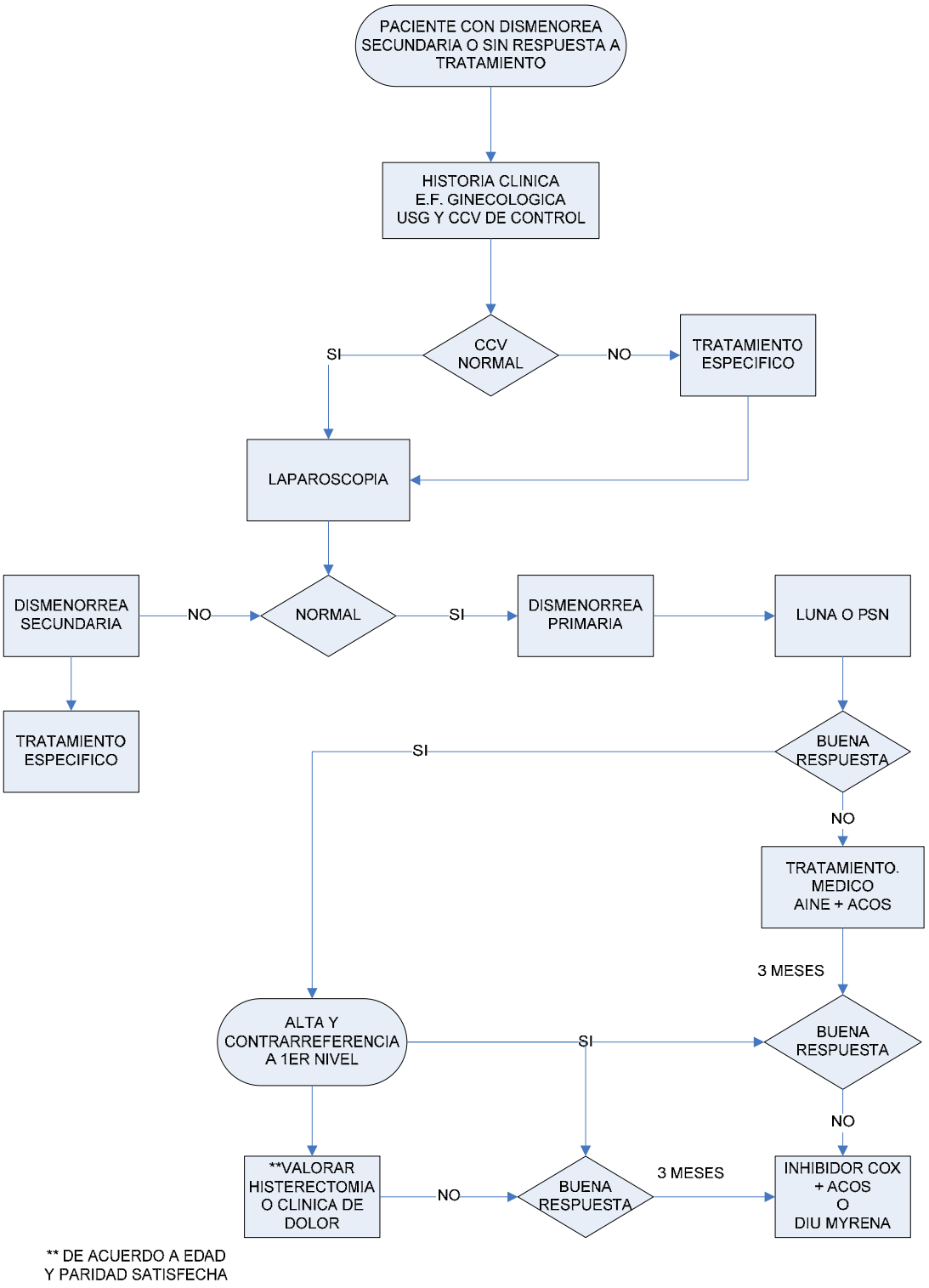
Algoritmo 1.
Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en Primer Nivel de Atención



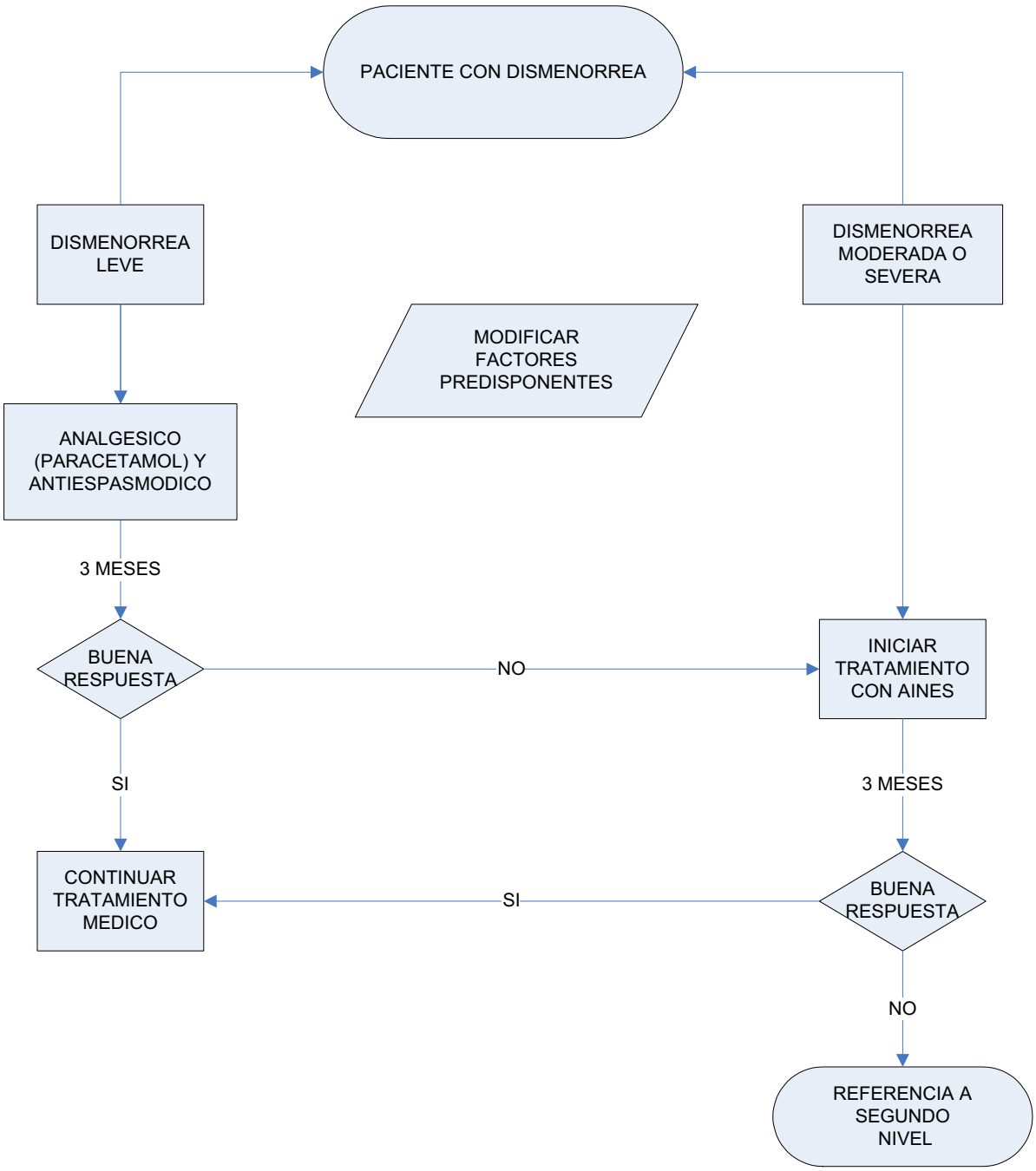
Algoritmo 2
Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en Segundo Nivel de Atención



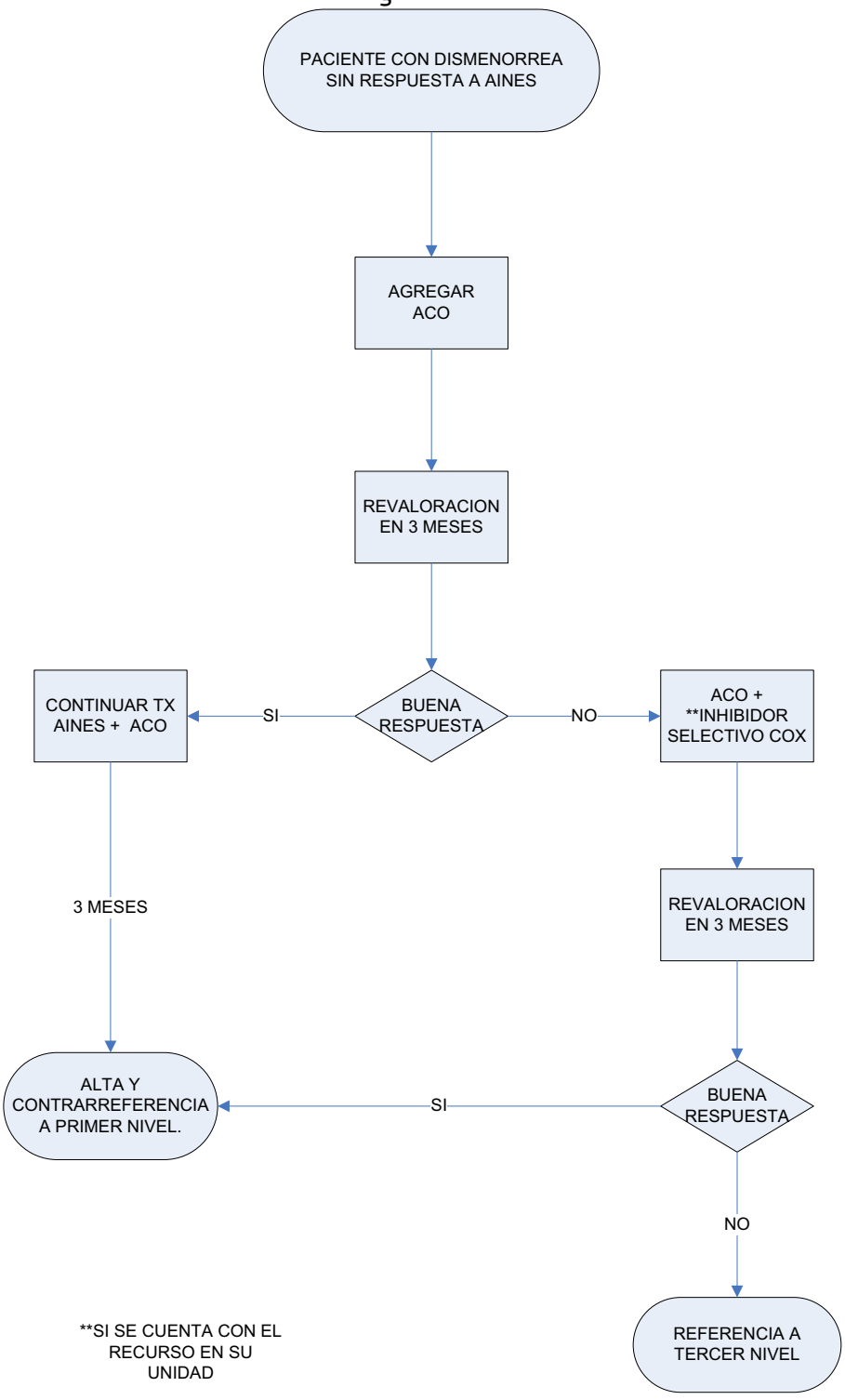
Algoritmo 3 Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Tercer Nivel de Atención



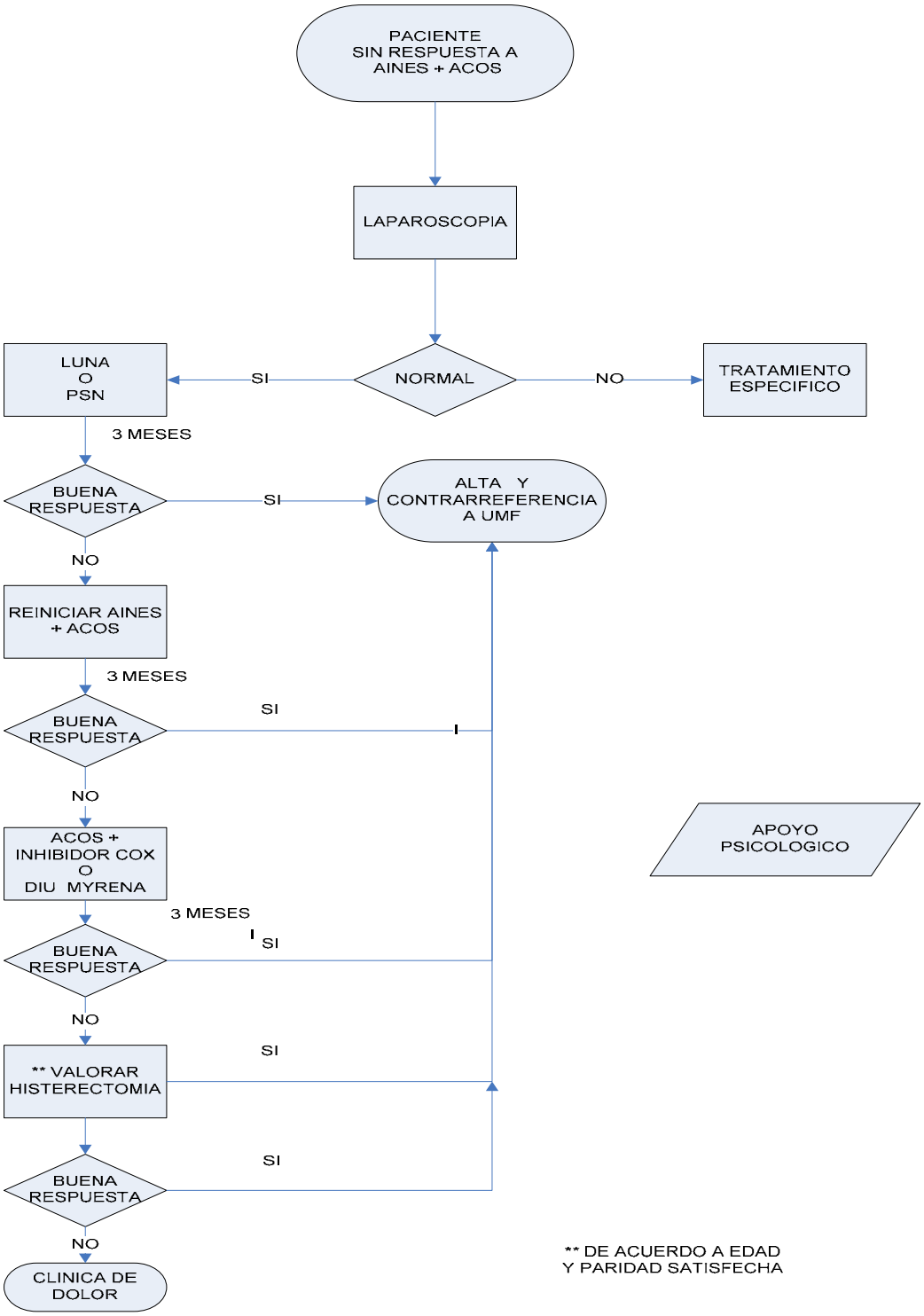
Algoritmo 4 Tratamiento de dismenorrea en Primer Nivel de Atención



Algoritmo 5 Tratamiento de Dismenorrea en el Segundo Nivel de Atención



Algoritmo 6 Tratamiento de dismenorrea en el Tercer nivel de Atención



5 . Definiciones Operativas

Dolor: Sensación y experiencia emocional desagradable asociada con real o potencial daño tisular, o si puede estar descrita en términos de cada daño o alteración.

Dolor agudo: Dolor de corta duración generalmente presentado en semanas.

Dolor crónico: Dolor de duración no menor de 3 meses.

Dismenorrea: Derivado del término griego "dis" – difícil, "men" – mes, "rheo" – flujo; es decir dificultad en la menstruación.

Es el dolor durante la menstruación de tipo cólico en la porción inferior del abdomen presente durante al menos 3 ciclos menstruales; cuya evolución clínica varia entre 4 hrs. hasta 4 días. Se clasifica en dismenorrea primaria y secundaria.

DIU-L: Método anticonceptivo intrauterino de liberación prolongada de progesterona programado para 5 años de uso, que libera una dosis diaria de 20 microgramos de Levonogestrel, con sus efectos previene la proliferación endometrial, espesa el moco cervical, suprime la ovulación.

Anticonceptivos orales combinados(AOC): contienen estrógenos y progesterona en combinación, la mayoría son monofásicos, correspondiendo a la misma dosis a lo largo de 21 días de tratamiento, actúan sobre el eje hipotálamo hipófisis suprimiendo la ovulación y la fertilidad. Posterior a los 21 días de tratamiento siguen 7 días de descanso, durante los cuales existe el desprendimiento endometrial-

Acetato de Medroxiprogesterona: Progestágeno sintético de depósito, derivado de la 17 alfa hidroxiprogesterona, se aplica intramuscularmente para efecto de anticoncepción en los siguientes 12 meses.

Anti-inflamatorios no esteroideos (Aines): Agentes que reducen la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición de la ciclo-oxigenasa.

Glosario:

USG= Ultrasonido Ginecológico

AINES= Ainti Inflamatorios No Esteroideos

OTB= Oclusion tubaria bilateral (salpingoclasia)

ACOG= Asociacion Canadiense De Obstetricia Y Ginecología

COX 1= Cicloxigenasa 1

COX 2= Cicloxigenasa 2

ACO= Anticonceptivos Orales

ECA= Ensayo Clínico Aleatorizado

DIU= Dispositivo Intrauterino

GPC= Guía De Práctica Clínica

SOCG= Sociedad Canadiense De Ginecología Y Obstetrica

COMEGO=Colegio Mexicano De Ginecología Y Obstetricia

AMP=Acetato De Medroxiprogesterona

RCOG=Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists (Real Colegio De Ginecologia Y Obstetricia).

PSN= Neurectomia Presacra

LUNA=Laparoscopia: Ablasion Deligamentos Uterosacros

DIU-L =Sistema Intrauterino Liberador De Levonorgestrel.

RM Resonancia Magnética.

GnRh: Análogos de la Hormona liberadora de Gonadotropinas

6. Anexos

6.1 Protocolo de Búsqueda

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre "Diagnóstico y tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención"
Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre "Diagnóstico y tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
Librery Cochrane

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 7 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Consensus Guidelines for Management of of Chronic pelvic pain. SOGC Clinical Practice Guidelines. Jhon F, Jarrel, George Vilos Bo.164, Part one for two, August 2005:781-801
2. Consensus Guidelines for Management of of Chronic pelvic pain. SOGC Clinical Practice Guidelines. Jhon F, Jarrel, Calgary,, Vilos George. Bo.164, Part two of two, September 2005:869-888.
3. Guideline The initial management of chronic pelvic pain. 2005. National Guideline Clearinghouse (NGC)
4.
5. Guideline Pelvic pain in Gynaecological practice. In: Guideline on chronic pelvic pain. 2008. National Guideline Clearinghouse (NGC)
6.
7. Guías de Práctica Clínica 2008, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) Estudio del Climaterio y la Menopausia.
8.
9. , Guidelines on Crhonic Pelvic Pain. European Association of Urology, (eau). Fall M, Baranowski, Elneil, Engeler, Hughes.J, Messelink E.J, et all 2008, March: 1-90
10.
11. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. Society Obstetric and Gynocol Canadian (SOGC), 2005, December Num.169: 1117-1130.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: dysmenorrhea, pelvic pain,
La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.
En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, "la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	**A.** Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	**B.** Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	**C.** Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	**D.** Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADROII NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN DE CANADIAN TASK FORCE

Niveles de evidencia
I Evidencia de al menos un ensayo clínico bien diseñado aleatorizado II-1 Evidencia de ensayos clínicos bien diseñados sin aleatorización II-2 Evidencia de estudios analíticos bien diseñados cohorte, casos y controles realizados en más de un centro o grupo de investigación. II-3 Evidencia de estudios de intervención, antes y después III Opiniones de autoridades respetables, experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.
Grado de Recomendación
A Buena evidencia para apoyar la recomendación de la condición o maniobra , que puede ser considerada específicamente en la atención B Evidencia moderada para apoyar la recomendación de la condición o maniobra , que puede ser considerada específicamente en la atención C Insuficiente evidencia respecto a la inclusión de la condición o maniobra o su exclusión pero la recomendación debe ser realizada D Regular evidencia para apoyar que la recomendación sobre la condición o maniobra sea excluida en la atención periódica E Buena evidencia para apoyar la recomendación sobre la condición o maniobra sea excluida de la atención periódica

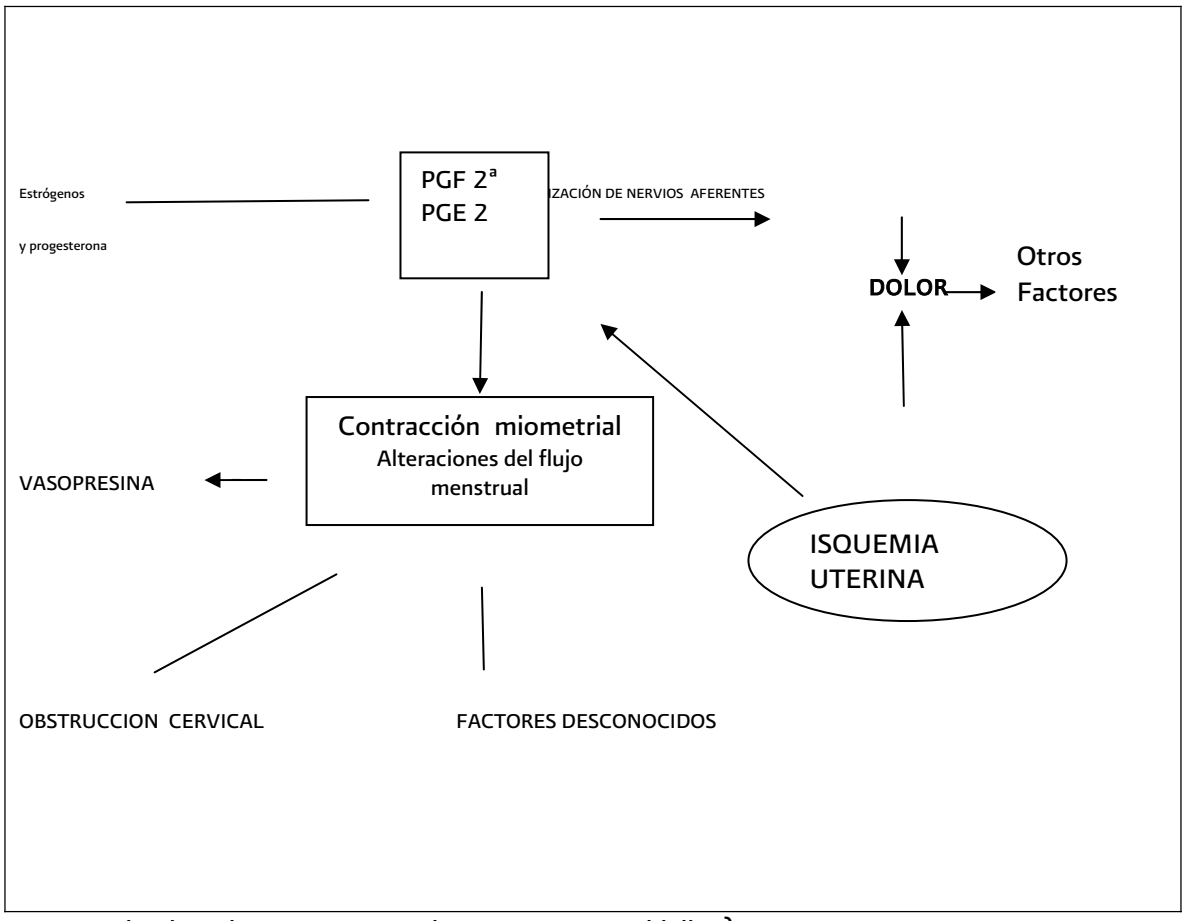
CUADRO III NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN DE CANADIAN TASK FORCE
National Guideline Clearinghouse de Dolor Pélvico, y el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (COMEGO)

ESQUEMA DE CALIFICACION POR FUERZA DE LA EVIDENCIA	
Niveles de Evidencia	
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis de ensayos clínicos controlados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un de ensayo clínico controlado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico cinb aleatorización.
IIb	Evidencia obtenida de meta-análisis de al menos uno u ptros tipo de diseños cuaxiesperimentales.
III	Evidencia obtenida de diseños no experimentales, estudios descritpivos tales como estudios comparativos, estudios de correlación, y estudio de casos.
IV	Evidencia obtenida de comités de reportes de expertosy/o experiencia de autoridades.

ESQUEMA DE CALIFICACION POR FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	
Niveles de Evidencia	
Grado A	Requiere al menos un ensayos clínico controlado como parte de una revisión general de la literautura,de buena calidad y consistencia y dirección de recomendaciones específicas(evidencia niveles Ia, Ib)
Grado B	Requiere la disponibilidad de estudios clínicos conducidos pero no ensayos clínicos randomizados sobre el tópico de la recomendación (nivel de evidencia IIa,IIb,III)
Grado C	Requiere la evidencia obtenida por opinión de expertos o comités, y/o experiencia clínicas de autoridades- Indicando una ausencia de la dirección aplicando estudios clínicos de buena calidad (nivel de evidencia IV)

6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad

FIGURA 1. FISIOPATOLOGIA DE DISMENORREA PRIMARIA



Tomado de Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline), 2005

6.4 Medicamentos

CUADRO IV. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE DISMENORREA

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
101	Acido acetil salicílico	30 a 65 mg /kg peso día sin rebasar 3 gr diarios Adultos: Dolor o fiebre: 250-500 mg cada 4 horas. Artritis 500-1000 mg cada 4 ó 6 horas.	Tabletas con o sin capa entérica envase con 20	Dos días antes del ciclo y dos a tres días después del inicio durante los episodios de dolor	Prolongación del tiempo de sangrado, tinitus, pérdida de la audición, náusea, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis tóxica, Equimosis, exantema, asma bronquial, reacciones de hipersensibilidad. Síndrome de Reyé en niños menores de 6 años	La eliminación del ácido acetil salicílico aumenta con cortico esteroides y disminuye su efecto con antiácidos. Incrementa el efecto de hipoglucemiantes orales y de anticoagulantes orales o heparina.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica o gastritis activas, hipoprotrombinemia, niños menores de 6 años

104	: Paracetamol	Oral. Adultos: 250-500 mg cada 4 ó 6 horas	Tabletas 500 mg caja con 10	Durante la menstruación desde el inicio o por razón ncesaria	Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulo renal e hipoglucemia.	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del Metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. Precauciones: No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.
108 109	Metamizol 500 mg Sol inyectable.	Oral. Adultos: De 500-1000 mg cada 6 u 8 horas Intramuscular, intravenosa. Adultos: 1g cada 6 u 8 horas por vía intramuscular profunda. 1 a 2 g cada 12 horas por vía intravenosa.	COMPRIMIDO Cada comprimido contiene: Metamizol sódico 500 mg Envase con 10 comprimidos SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Metamizol sódico 1 g Envase con 3 ampolletas con 2 ml	Durante la menstruación desde el inicio o por razón necesaria	Reacciones de hipersensibilidad: agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del Metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Contraindicado: Hipersensibilidad al fármaco y a pirazolona. Insuficiencia renal o hepática, discrasias sanguíneas, úlcera duodenal. Precauciones: No administrar por periodos largos. Valoración hematológica durante el tratamiento. No se recomienda en niños

5505	**Celecoxib**	Adulto: Una o dos cápsulas cada 12 ó 24 horas	Cada cápsula contiene: Celecoxib 100 mg	Dos días antes del ciclo y dos a tres días después del inicio durante los episodios de dolor	Efectos adversos Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, náusea, dolor lumbar, edema, cefalea, vértigo, rinitis, faringitis y sinusitis. En menos del 2 % de los pacientes se presenta melena, hipertensión, anemia y reacciones alérgicas y en menos del 0.1 % perforación gastrointestinal, hepatitis, arritmias y daño renal.	. Aumenta los efectos adversos de otros AINEs y de anticoagulantes. Contrarresta el efecto de antihipertensivos	Contraindicaciones y Precauciones Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y a los antiinflamatorios no esteroideos. Precauciones: Utilizar bajo estricta vigilancia médica y no exceder las dosis superiores recomendadas, especialmente en pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia cardiaca y renal y antecedentes de enfermedad ácido-péptica
2208	DIU-L (Levonorgestrel)	Aplicación única (20 microgramos/día)	Dispositivo de plástico intrauterino 52 microgramos en el dispositivo	12 meses	Hemorragia irregular, mastalgia,acné, cefalea náusea, vómito, edema, ictericia e hiperglucemia.	Rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodiacepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo.	Hipersensibilidad al fármaco y a los progestágenos, enfermedad tromboembólica, cáncer mamario, insuficiencia hepática, hemorragias gastrointestinales, diabetes mellitus, migraña, enfermedad cardiaca, asma y trastornos convulsivos.

	Aines (Ibuprofeno)	600 mg al día dosis unica	Tabletas 600 mg	Iniciar el primer dia de sangrado hasta ausencia del mismo	Irritación gástrica, diarrea, sangrado de tubo de digestivo.		Contraindicaciones y Precauciones Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y a los antiinflamatorios no esteroideos. Precauciones: Utilizar bajo estricta vigilancia médica y no exceder las dosis superiores recomendadas, especialmente en pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia cardiaca y renal y antecedentes de enfermedad ácido-péptica
3423	Meloxicam	Tableta 15 mg	10 tabletas	Adultos y mayores de 12 años: 15 mg cada 24 horas. Niños: Dosis máxima: 0.25 mg/kg de peso corporal/ día.	Reacción de hipersensibilidad, diarrea, dolor abdominal, náusea, vómito y flatulencia. Puede producir sangrado por erosión, ulceración y perforación en la mucosa gastrointestinal.	Disminuye el efecto antihipertensivo de inhibidores de la ECA y beta bloqueadores. Con colestiramina disminuye su absorción. Con otros AINEs aumentan los efectos adversos. Puede aumentar los efectos de los anticoagulantes y metotrexato. Con diuréticos puede producir insuficiencia renal aguda.	Hipersensibilidad al fármaco y al ácido acetilsalicílico, irritación gastrointestinal, úlcera péptica.

3407	Naproxeno	250 mg 6 a 8 hrs	Tabletas 250 mg	Idem	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
3044	Medroxiprogesterona	150 mg IM mensualcada 12 semanas	Frasco ámpula de 150 mg	1 ampula IM mensual durante 6-12 meses	Aumento de peso, amenorrea, síndrome premenstrual.	La Aminoglutetimida disminuye su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, neoplasia genital o de mama, osteopenia y/o osteoporosis confirmada. Precauciones: Antecedente tromboembólicos, disfunción hepática. El uso de medroxiprogesterona, como anticonceptivo de larga acción, deberá limitarse a no más de 2 años de uso continuo.

CUADRO V MEDICAMENTOS AINES UTILES EN DISMENORREA

EJEMPLOS DE ANTI INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)	
Clase	**Medicamento**
Derivados de acido acetil salicílico	Diclofenaco potásico Indometacina (indocid)
Inhibidores de ciclooxigenasa -2 (COX-2)	Celecoxib Meloxicam
Fenamatos	Acido mefenamico (ponstan)
Oxicams	Meloxicam (mobicox)
Derivados de acido propiónico	Ibuprofeno Naproxeno sódico
Derivados de acido acetil salicilico	Acido acetil salicílico (aspirina)

Tomado De SOGC Clinical practice 2005. Primary dysmenorrhea Consensus Guideline.

7. Bibliografía

1. Anne Rachel Davis, Carolyn Westhoff, Katharine O'Connell, Nancy Gallagher. Oral Contraceptives for Dysmenorrhea in Adolescent Girls. A Randomized Trial. Obstetrics & Gynecology. Vol 106, no.1, July 2005:97- 104

2. Bettendorf Brittany,BS, Sophi Shay, BS, and Frank Tu, MD. Dysmenorrhea: Contemporary Perspective. CME Review Article. Obstetrical and Gynecological Survey. 2008 Vol 63 no. 9 : 597-603

3. Briggs.w Morrison, et al. rofecoxib, a specific cyclooxigenase-2-inhibitor, in primary dysmenorrheal: a randomized controlled trial. J Obstetrics and Gynecology . 1999: vol. 94 no 4 :505-508

4. Carolyn Ee. Primary dysmenorrhoea. Evidence for complementary medicine. Clinical Practice. Complementary medicine series.Australian Family Physician November 2006;Vol.35:11869 . e-mail: afp@racgp.org.au

5. Fall M, Baranowski, Elneil, Engeler, Hughes.J, Messelink E.J, et al, Guidelines on Crhonic Pelvic Pain. European Association of Urology, (eau). 2008, March: 1-90

6. Gelbaya,T.A, MB Bch, MRCOG and H. EL-Halwagy, MB Bch – Msc. Focus on primary care: Chronic pelvic pain in women . Obstetrical and Gynecological Survey 2001; Vol.56, Number 12: 757-764

7. Granot M, Yarnitsky D, Itskovitz J, Granovsky, Peer E, Zimmer Z. Pain Pereption in Women with Dysmenorrhea. Obsterics and Gynecology, September 2001;Vol.98,Num.3, :407-411.

8. Guías de Practica Clínica 2008, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) Estudio del Climaterio y la Menopausia.

9. Guideline The initial management of chronic pelvic pain. 2005. National Guideline Clearinghouse

10. Guideline Pelvic pain in Gynaecological practice. In: Guideline on chronic pelvic pain. 2008. National Guideline Clearinghouse (NGC)

11. Jhon F, Jarrel, George Vilos . Consensus Guidelines for Management of of Chronic pelvic pain. SOGC Clinical Practice Guidelines. Bo.164, Part one for two, August 2005:781-801.

12. Jhon F, Jarrel, Calgary,, Vilos George. Consensus Guidelines for Management of of Chronic pelvic pain. SOGC Clinical Practice Guidelines. Bo.164, Part two of two, September 2005:869-888.

13. Kiley Jessica, Hammond Cassing. Combined oral contraceptives: A comprehensive Review. Clinical Obsterics and Gynecology. 2007 Vol.50, Number 4: 868-877

14. Laparoscopic uterine nerve ablation (LUNA) for chronic pelvic pain. National institute for health and clinical excellence NHS october 2007. (www.nice.org.uk/IPG171).

15. Marjorbanks J,Proctor ML, Farquhac C.Fármacos antiinflamatorios no esteroides para la dismenorrea primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Chichester, UK, Jhon Wiley and Sons, LTd.Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

16. Marjorbanks J, Proctos ML, Farquar C.Farmacos antiinflamatorios no esteroideos para la dismenorrea primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Issue 2. Disponible en: http://www.update-software.com

17. Pallavi Lather, Luciano Mignini, Richard Gray, Robert Hills,Khalid Khan.Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. MJ.,dol:10.1136/bmj.38748.697465.55 February 16 2006):1-7

18. Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 wer J, French R, Cowan F. Anticonceptivosssue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

19. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. Society Obstetric and Gynecol Canadian (SOGC), 2005, December Num.169: 1117-1130.

20. Proctor ML. Smith CA, Farquar CM, Stones RW.Neuroestimulación eléctrica transcutánea y acupuntura para la dismenorrea primaria/ En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

21. Proctor Michelle, Cynthia Farquhar. Diagnosis and management of Dysmenorrhoea. BMJ 13 Mayo 2006; Volumen 332, 1134-1138

22. Proctor ML, Murphy PA. Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM.Intrevenciones conductales para la dismenorrea primaria y secundaria (Revisión Cochrane. traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

23. Proctor ML, Murphy PA. Terapias dietéticas y a base de hierbas para la dismenorrea primaria y secundaria (Revisión Cochrane. traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: ttp://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

24. Proctor ML, Murphy Robert H, , Farquhar CM.Anticonceptivos orales combinados(ACO) para el tratamiento de dismenorrea primaria y secundaria (Revisión Cochrane. traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

25. Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA. Manipulación espinal para la dismenorrea primaria y secundaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

26. Quiricia Ma. Ines, De dios Liliana, BAldajan Federico, Gómez Fernanda, Triaca, Lapizaga Patricia, Scasso Santiago, Pérez Viviana, Coppola Francisco. Tratamiento de la Dismenorrea. Análisis de Guías Clinicas. Guia Colombiana. Facultad de Medicina UDELAR.www.gfmer.ch/Guidelines y www.guideline.gov.

27. Sanfilippo, Joseph, MD, MBA and TERESA Erb, MD. Evaluatión and Management in adolescents. Clinical Obstetrics and Gynecology; 2008 Vol. 51, number 2: 257-267.

28. Yap C, Furness S, FArquhar C. Tratamiento médico pre y postoperatorio para la cirugía de endometriosis. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

29. Yusoff M Dawood, MD, Primary Dysmenorrhea. Obstetrics and Gynecology. August 2006; Vol.108, (No. 2),:428-441

30. Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Smith CA, Wu E. Hierbas Medicinales chinas para la dismenorrea primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

8. Agradecimientos

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS	
NOMBRE	**CARGO/ADSCRIPCIÓN**
Dr. Jesús Ramiro Quijano Vargas	Director, HGO No 60 Delegación Estado de México
Dr. Noé Torres Merlos	Sub-Director, HGO No 60 Delegación Estado de México
Dr. César Domínguez Salgado	Jefe de Hospital, HGO No 60 Delegación Estado de México
Dr. Óscar Arturo Martínez Rodríguez	Director UMAE HGO 3 CMN La Raza Delegación Norte, Distrito Federal
Dr. Elias Ahumada Ramírez	Director Médico UMAE HGO 3 CMN La Raza Delegación Norte, Distrito Federal
Dr. Gerónimo A. Hernández Arévalo	Director UMAE HGO de Occidente, Guadalajara Delegación, Jalisco
Dr. Javier Alvarado Gay	Jefe y Coordinador del Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Regional Io de Octubre ISSSTE y
Dr. Epigmenio González Martínez	Jefe del Servicio de Obstetricia Hospital Regional Io de Octubre ISSSTE y
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI)

9. Comité académico

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. Directorio

DIRECTORIO SECTORIAL Y
DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Jesús Federico Reyes Heroles González Garza
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez **Subsecretaria de Innovación y Calidad**	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila **Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales **Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg **Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González **Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud**	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin **Representante del Consejo de Salubridad General**	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes **Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional**	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos **Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México**	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno **Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social**	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo **Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate **Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos**	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna **Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci **Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**	Titular
Dr. Jorge E. Valdez Garcìa **Director General de Calidad y Educación en Salud**	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre **Director General de Evaluación del Desempeño**	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy **Directora General de Información en Salud**	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz **Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante **Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México**	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata **Secretario de Salud del Estado de Tabasco**	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola **Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas**	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero **Presidente de la Academia Nacional de Medicina**	Titular
Dr. Jorge Elías Dib **Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía**	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo **Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.**	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez **Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC**	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno **Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales**	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma **Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.**	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda **Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.**	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román **Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**	Secretario Técnico