

Papel de la Fisioterapia en el tratamiento de la dismenorrea primaria

B. García Hurtado. *Fisioterapeuta. Colaboradora del área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

C. Suárez Serrano. *Fisioterapeuta. Colaboradora del Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

J. Rebollo Roldán. *Profesor Titular. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

M. Rebollo Salas. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

A. de Vicente Pérez. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

RESUMEN

Mediante el presente trabajo pretendemos dar a conocer y desarrollar el papel fundamental que tiene la Fisioterapia en el tratamiento de la dismenorrea primaria, una de las alteraciones ginecológicas más frecuentes y probablemente la causa principal de ausencias al trabajo o disminución del rendimiento laboral en la mujer, dado el carácter mensual y altamente invalidante que puede llegar a tener.

Se exponen, entre otros aspectos, las diferencias entre la dismenorrea primaria y secundaria, los síntomas acompañantes más frecuentes, algunas recomendaciones interesantes, así como el tratamiento multidisciplinar del que puede beneficiarse la mujer que sufre menstruaciones dolorosas.

Palabras clave: Dismenorrea; mujer; Fisioterapia.

ABSTRACT

This work tries to show and develop the fundamental role while Physiotherapy has in the treatment of dysmenorrhoea, one of the most frequent gynaecological alterations and, probably, the main cause of labour absenteeism or decrease in the efficiency of women at work, due to its monthly nature and the temporary disablement that it can cause.

Here are exposed, among other things, the differences between primary and secondary dysmenorrhoea, the most common accompanying symptoms, some interesting recommendations, as well as the cross-disciplinary treatment, which a woman who suffers painful menstruations can profit from.

Key words: Dysmenorrhoea; woman; Physical therapy.

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea (*dys*=difícil, *mens*=mes y *rhoia*=flujo) es un trastorno caracterizado por la aparición de dolor de origen uterino con la menstruación. Se trata, probablemente, del más común de todos los trastornos ginecológicos. Más de la mitad de las mujeres que menstrúan se ven afectadas por dismenorrea. Si el episodio doloroso es leve y breve, se considera funcional y normal, y no requiere tratamiento (40 %). Sin embargo, en el 10 % aproximadamente de las mujeres, la dismenorrea es lo suficientemente intensa como para producir episodios de discapacidad total o parcial durante 1-3 días de cada mes, sobre todo en las mujeres jóvenes (tras la menarquia); se estima que es la mayor causa de absentismo laboral y escolar.

La mayor frecuencia se presenta en mujeres entre 16 y 24 años, disminuye a partir de los 25 años y con mucha frecuencia se resuelve con el inicio de la vida sexual o después del alumbramiento. Sin embargo, hay quienes sufren la dismenorrea hasta el fin de la vida menstrual (menopausia).

A pesar de su gran frecuencia, y de que ha sido objeto de numerosas exposiciones y estudios durante más de 100 años, sigue siendo un problema ginecológico poco conocido. Todavía no se conocen bien las causas, la fisiopatología y todas las medidas terapéuticas aplicables ante esta patología, aunque en los últimos años se han logrado importantes adelantos acerca, sobre todo, de su etiología («teoría de las prostaglandinas») y de su tratamiento, incluyendo en este las medidas fisioterapéuticas.

La dismenorrea es un trastorno doloroso subjetivo cuyo tratamiento no puede basarse en una sola modalidad terapéutica; es una patología ginecológica que afecta a la paciente en su totalidad y ante la que pueden

aplicarse múltiples tratamientos que deberán unificarse y centralizarse más en función de cada caso concreto, de manera que cada paciente fuera abordada por todo un equipo multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas y, en ocasiones, psicólogos) para la obtención de más y mejores resultados.

CLASIFICACIÓN

La clasificación más importante de la dismenorrea es la que tiene en cuenta su origen, de acuerdo con el cual distinguimos dos grandes grupos:

a) Primaria o funcional: Dolor cíclico asociado a los ciclos ovulatorios, pero sin lesiones demostrables que afecten a los órganos reproductores. En este grupo se incluyen las pacientes con dismenorrea que no presentan una causa orgánica, visible, objetiva que, a simple vista, pueda explicar el trastorno que padecen, sino que su trastorno se debe a causas fundamentalmente hormonales asociadas con frecuencia a una personalidad psicógena especial. Se transmite por mediadores locales como son las prostaglandinas (potentes ácidos grasos no saturados de tipo hormonal que actúan en concentraciones sumamente pequeñas sobre diversos órganos diana produciendo una amplia gama de efectos importantes. En el caso de la dismenorrea, las prostaglandinas segregadas en exceso por el endometrio suelen ser las causantes del dolor).

b) Secundaria o adquirida: Dolor cíclico asociado a la menstruación, causado por una patología demostrable. En este grupo figuran las pacientes con dismenorrea que presentan un problema visible o diagnosticable como causa del dolor, por ejemplo, endometriosis (trastorno ginecológico caracterizado

por el crecimiento ectópico de tejido endometrial funcionante; es la causa más común de dismenorrea), miomas intrauterinos o submucosos, adenomiosis (enfermedad neoplásica benigna caracterizada por la existencia de tumores formados por tejido glandular y células musculares lisas), adherencias pélvicas, dispositivos intrauterinos, enfermedad inflamatoria pélvica, etc.

En este trabajo desarrollaremos principalmente los aspectos relacionados con la dismenorrea primaria o funcional, ya que en el caso de la dismenorrea secundaria los síntomas dependerán del tipo de trastorno subyacente y el tratamiento deberá ir encaminado fundamentalmente a eliminar esa anomalía anatómica causante de la dismenorrea, ya que desapareciendo la causa orgánica desaparecerá también el dolor menstrual secundario.

FISIOPATOLOGÍA

Desde el punto de vista fisiopatológico se conoce que la elevada concentración de prostaglandinas uterinas, producidas en el endometrio secretor durante los ciclos ovulatorios, aumenta la fuerza y frecuencia de las contracciones del útero dando lugar al dolor menstrual.

La disminución del flujo sanguíneo uterino, debido al aumento de la actividad uterina anormal constituye un factor de primer orden en la génesis del dolor (por actuación de la vasopresina), mientras que, por su parte, la eliminación de tejido por el cuello uterino, un orificio cervical estrecho, la mala posición del útero, la falta de ejercicio y la ansiedad por la menstruación pueden contribuir al problema.

Por otra parte, se cree que el paso de prostaglandinas hacia el torrente circulatorio

puede ser el responsable de los frecuentes síntomas sistémicos acompañantes: mastodinia (dolor mamario), náuseas, cefaleas, etc.

SINTOMATOLOGÍA

El dolor menstrual es un dolor de tipo espasmódico agudo o sordo, localizado en la parte inferior del abdomen, por encima del pubis. Suele tener características de calambre o cólico, pero en otros casos puede constituir una molestia constante. El dolor, en la dismenorrea, puede comenzar antes de la menstruación o con ella, tiende a llegar al máximo a las 24 horas y, por lo general, cede después de 2 días. A veces se expulsan moldes endometriales (dismenorrea membranosa) o coágulos.

Por otra parte, hay que señalar que el dolor se acompaña en el 50% de los casos, de un conjunto de síntomas y signos bastante amplio y muy variado. Los más característicos son:

— Los espasmos y contracciones de los músculos uterinos y vaginales puede provocar, además del dolor abdominal, la aparición calambres a nivel de la cara interna de los muslos.

— Dolor sordo y difuso localizado en la espalda (zona lumbar y cervical) y en la cabeza. El dolor de la zona lumbar es una continuación del dolor abdominal, también debido a las contracciones del útero.

— Retención de agua, lo que favorece el aumento del dolor a nivel del vientre, inflamación (vientre, miembros inferiores y manos), edema, sensación de pesadez.

— Palidez, vértigos, mareos.

— Trastornos gástricos (estreñimiento o diarrea, náuseas y vómitos), mareos, lipotimias por hipotensión.

— Efectos psicológicos negativos: muchas veces aparecen sentimientos de indefensión, debido a que la mujer aprende que no se puede hacer nada o casi nada para eliminar el dolor. Este proceso de indefensión se intensifica cuando se acompaña de otros sentimientos negativos como ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, desesperación, debilidad, desgana, depresión, sentimientos disfóricos, falta de concentración... que no favorecen un procesamiento cognitivo positivo del trastorno.

FACTORES DE RIESGO

Aunque se han propuesto diversas teorías para explicar la dismenorrea primaria y no se ha llegado a un claro acuerdo acerca de la etiología del proceso, parece comprobado que existen diversos factores que favorecen la aparición o intensifican el padecimiento de este trastorno ginecológico, entre ellos, destacamos:

— Historia familiar de dismenorrea: se ha observado que las hijas de mujeres con dismenorrea son más propensas a desarrollar el padecimiento.

— Estrés y estados de ansiedad.

— Los aspectos psicológicos por sí solos no causan la dismenorrea, pero sí disminuyen la efectividad de cualquier tratamiento.

— Ausencia de ejercicio físico.

— Obesidad.

— Se ha encontrado una mayor incidencia en mujeres fumadoras.

— El consumo de grandes cantidades de alcohol también favorece la aparición de dismenorrea puesto que éste altera el metabolismo de los carbohidratos, lo que a su vez puede acentuar los espasmos musculares.

— Elevado consumo de cafeína.

— Enfermedades inflamatorias de la pelvis.

DIAGNÓSTICO

En primer lugar hay que señalar que toda mujer que sufre dolores menstruales debe acudir en primera instancia al ginecólogo, quien definirá si los dolores son de origen primario o secundario, y quien determinará el tratamiento más adecuado a aplicar (farmacológico, fisioterapéutico, quirúrgico...) en cada caso.

Para el diagnóstico específico, el ginecólogo tendrá en cuenta los datos de la historia clínica, los de la exploración física, los resultados de ciertas pruebas (por ejemplo, análisis de orina y de sangre) y, en caso de duda, los resultados de exámenes especiales como la ultrasonografía (mediante ondas de sonido) o la laparoscopia (mediante la colocación de un tubo iluminado y observación del interior).

Hemos de tener en cuenta que si no se efectúa un diagnóstico diferencial apropiado se puede caer en el error de no detectar precozmente una lesión orgánica importante, ya sea endometriósica, inflamatoria o bien tumoral, que puede crear problemas graves, no sólo hacia una infertilidad o esterilidad futura de la enferma, sino que incluso puede conducir a problemas más vitales, dependiendo del tipo de lesión primaria.

TRATAMIENTO

Hasta hace poco tiempo, el enfoque terapéutico de la dismenorrea primaria se limitaba a un solo método: el farmacológico, sin embargo, se ha comprobado que esta patología puede verse beneficiada de otras medi-

das terapéuticas. Gracias a la combinación de los distintos métodos terapéuticos se consigue realizar un tratamiento más global, a la vez activo y pasivo, y también más adecuado a cada paciente. De esta forma, no sólo se actúa sobre los músculos, las fibras nerviosas y, en general, sobre la zona afectada, sino también a nivel mental, lo cual es de suma importancia dado que, aunque los factores psicológicos por sí solos no pueden explicar la dismenorrea, sí juegan un papel muy importante en la aparición del trastorno; es por ello que el tratamiento de la dismenorrea debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.

- 1.1 tratamiento farmacológico
- 1.2 tratamiento psicológico
- 1.3 tratamiento fisioterapéutico
- 1.4 recomendaciones
- 1.5 tratamiento quirúrgico

Tratamiento farmacológico

Es el más utilizado y considerado como más rápido. No es recomendable la automedicación, pues muchas veces ésta puede acarrear mayores consecuencias que el padecimiento mismo. Los productos farmacológicos más comunes son:

— Analgésicos y antiespasmódicos. La paliación del dolor menstrual se ha buscado tradicionalmente con estos dos tipos de medicamento, sin embargo, el uso aislado de estas sustancias ha ido decayendo debido a que únicamente proporcionan un alivio pasajero del dolor.

— Inhibidores de la prostaglandina-sintetasa. Dado que en los últimos años se ha comprobado la estrecha relación de las prostaglandinas con la dismenorrea, se ha empe-

zado a utilizar para el tratamiento de este trastorno inhibidores de la biosíntesis de estas sustancias, consiguiendo una reducción importante del dolor menstrual. Son inhibidores de la prostaglandina-sintetasa los antiinflamatorios no esteroideos (aines) como el ibuprofén, ácido mefenámico, naproxén e indometacina.

Los aines son efectivos entre el 64 % y 90 %, de acuerdo con diferentes estudios. Son los medicamentos de mayor uso en la actualidad.

Tienen el inconveniente de que no se pueden aplicar a todas las mujeres, puesto que en algunas personas pueden producir irritación del estómago y más aún úlcera. Se suelen combinar con protectores gástricos.

Si el dolor continúa interfiriendo con la actividad normal, es aconsejable la supresión de la ovulación:

— Inhibidores de la ovulación. La forma más usual de administración son las píldoras anticonceptivas. Estas sustancias, al inhibir la ovulación, actúan disminuyendo la producción de prostaglandinas por el endometrio secretor y, con ello, eliminando el origen de los espasmos uterinos y vaginales, causantes del dolor menstrual. La cantidad de prostaglandina en el flujo menstrual es significativamente menor.

Inconvenientes:

- Debido a los efectos secundarios, su ingesta no puede prolongarse durante un período largo y continuo.
- Alteran el normal funcionamiento del aparato reproductor femenino.
- No se les puede administrar a todas las mujeres.

Tratamiento psicológico

Se ha demostrado que es un tratamiento bastante eficaz en la dismenorrea primaria.

Entre otras técnicas, el entrenamiento de relajación de todos los músculos resulta muy eficaz. La técnica más habitualmente empleada es la relajación progresiva de Jacobson, considerando que las experiencias emocionales pueden representar un factor predisponente en la aparición de la dismenorrea, debido al nexo existente entre las vivencias personales y las tensiones musculares (uterina, abdominal, lumbar y aductora, en este caso). La sesión de relajación durará una hora, iniciándose con la toma de conciencia progresiva y continua de las diferentes zonas del cuerpo, hasta conseguir la llamada relajación diferencial, buscando el mínimo de tensión necesaria para realizar un acto.

Ventajas de este tratamiento:

- No implica riesgos físicos.
- No existe peligro por el uso prolongado.
- No provoca alteración hormonal ovárica.
- No interfiere en el normal funcionamiento del útero y del aparato reproductor.
- Es aplicable a todas las mujeres.
- Además, actúa de forma directa sobre el dolor menstrual (disminuye la percepción del mismo), provoca una relajación generalizada de la paciente y permite que aprenda a autorrelajarse, lo que será de gran utilidad para la prevención de la dismenorrea en meses posteriores.

Tratamiento fisioterapéutico

La Fisioterapia puede ser muy eficaz en el tratamiento de la dismenorrea primaria, siendo de gran utilidad, sobre todo, para aquellas pacientes que no pueden hacer uso del tratamiento farmacológico tradicional. Tras la aplicación durante varios ciclos menstruales de las medidas terapéuticas que a continuación se exponen, se ha comprobado

que los buenos resultados se mantienen en los meses siguientes.

Los objetivos que se persiguen con este tratamiento son:

- Prevención o disminución del dolor menstrual, así como de los síntomas acompañantes.
- Relajación de la musculatura paravertebral, sobre todo, a nivel lumbar.
- Relajación de la musculatura abdominal.
- Prevención de posturas antálgicas y contracturas musculares secundarias.

MEDIDAS FISIOTERAPÉUTICAS

Cinesiterapia

Su objetivo es conseguir la relajación de la musculatura de la espalda y fortalecer diferentes grupos musculares con el fin de evitar posturas antálgicas que pudieran provocar, secundariamente, contracturas en músculos aductores y de la región lumbar. Además, la cinesiterapia añade el efecto positivo de que permite la participación activa de la paciente en el tratamiento y la implica en el proceso de prevención de los síntomas dismenorreicos.

a) *Estiramiento de los músculos paravertebrales.* En primer lugar, la paciente se colocará en decúbito supino con los miembros inferiores extendidos. Se colocará sobre una superficie firme, pero no dura (si el estiramiento se realiza sobre una superficie demasiado dura el relajamiento se verá dificultado). Desde esta posición, se le indicará que con ambas manos dirija una de sus rodillas hacia el pecho mientras mantiene la otra pierna lo más extendida posible, sin cargarla de esfuerzo. La paciente mantendrá la posición durante 30 segundos y, se-

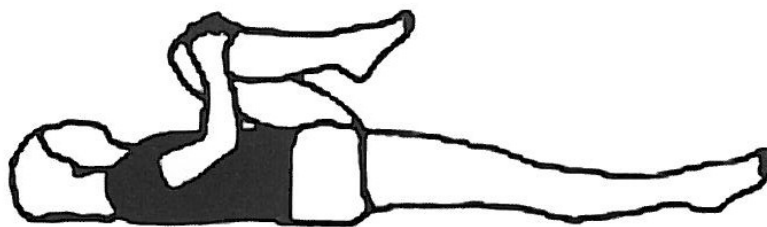


FIG.1.

guidamente, repetirá el mismo ejercicio con la otra pierna (figura 1).

A continuación, se le indicará que se coloque en sedestación. Desde esta posición, la paciente se sujetará las rodillas con ambas manos, tirando de ellas hacia el pecho para, seguidamente, dejarse mecer con suavidad sobre la columna vertebral, mientras atrae la barbilla hacia el pecho. La paciente intentará conservar el equilibrio y el control durante 5-10 movimientos lentos de balanceo hasta que empiece a sentir más flexibilidad en la espalda, siempre de forma gradual, evitando sobreestiramientos (figura 2).

b) Fortalecimiento del conjunto abdomino-perineal. Su mantenimiento resulta del equilibrio entre 3 grandes grupos musculares: los abdominales, el periné y la musculatura lumbar.

b.1) Fortalecimiento de la musculatura perineal.

Para fortalecer los músculos del suelo de la pelvis se utilizan fundamentalmente los ejercicios de Kegel.

Para un primer ejercicio se le pide a la paciente que contraiga fuertemente la musculatura del suelo de la pelvis («como para interrumpir el flujo urinario») y que mantenga la contracción durante 5 segundos. La respuesta normal se manifiesta mediante una elevación del núcleo fibroso central del suelo pélvico, que en caso de respuesta mediocre por parte de los elevadores, no se moviliza. La mujer visualizará el movimiento con ayuda de un espejo.

A continuación, con la paciente en decúbito supino con una almohada bajo el hueco poplíteo y las piernas cruzadas, solicitaremos que apriete las nalgas y contraiga el ano («como para evitar la defecación»), de manera que las rodillas permanezcan firmemente presionadas durante 5 segundos.

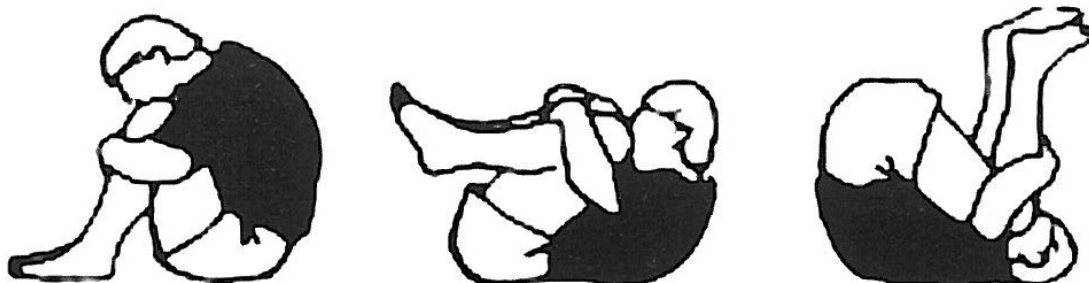


FIG.2.

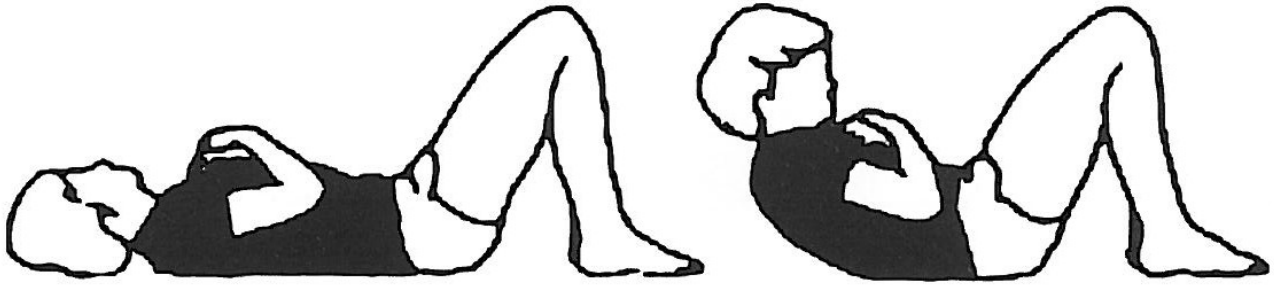


FIG.3.

Se trata de series cortas de ejercicios (de 5 a 10) que se repetirán varias veces al día, teniendo en cuenta siempre que, entre dos contracciones sucesivas, se respetará siempre un tiempo de descanso que, al menos, será de igual duración que los de trabajo.

Algunos autores, entre los que se encuentra el propio Kegel, subrayan la utilidad del perineómetro para controlar la intensidad de la contracción y apreciar los progresos realizados en el curso del tratamiento.

Los ejercicios pelvipereineales no deben volverse cansinos ni fastidiosos. La participación personal de la paciente es uno de los factores de éxito del tratamiento.

Por otra parte, el uso de conos intravaginales de peso creciente es otro método para reforzar el piso muscular pélvico. Aunque es interesante, se ha de emplear sólo como método complementario.

Es importante que el fisioterapeuta controle tanto la correcta ejecución de los movimientos, como la evolución de cada paciente de forma individual.

Hay que decir que todos estos ejercicios de fortalecimiento de la musculatura perineal, además de aliviar considerablemente las molestias dismenorreicas, son de gran utilidad a largo plazo debido a que van a

ayudar a la mujer a prepararse para el parto y a prevenir futuros problemas de incontinencia urinaria que aparecen con gran frecuencia en el puerperio.

b.2) Fortalecimiento de la musculatura abdominal.

La paciente, partiendo del decúbito supino con las rodillas flexionadas y los pies apoyados sobre el suelo, contraerá la musculatura abdominal flexionando el tronco lentamente hasta elevar (despegar) del suelo el ángulo inferior del omóplato. En esta posición permanecerá de 3 a 5 segundos, volviendo luego a la posición de partida. Se repetirá el ejercicio de 5 a 10 veces (figura 3).

Para fortalecer selectivamente el músculo transverso del abdomen, la paciente se colocará en posición cuadrúpeda con la columna lumbar en posición neutra y con la cabeza recta. En la fase espiratoria de la respiración, con la boca entreabierta y el periné contraído, se pide una contracción del transverso asociada a una retroversión de la pelvis. Mientras inspira, la paciente relaja la contracción muscular y vuelve a la posición lumbar neutra (figura 4).

Para el fortalecimiento selectivo de los músculos oblicuos y rectos del abdomen, la paciente se coloca en posición sentada,

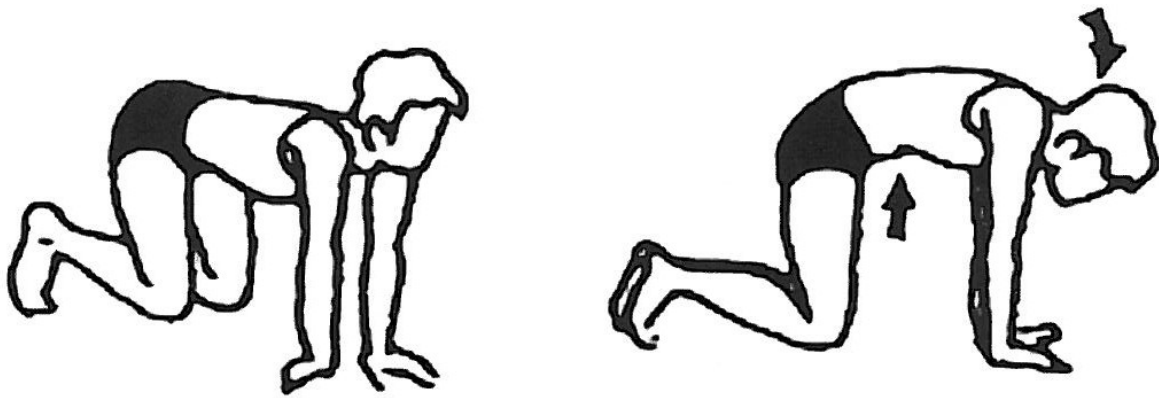


FIG.4.

con la pelvis en retroversión y los brazos a lo largo del cuerpo. En esta posición, la paciente realiza, con el raquis recto, una inclinación posterior del tronco mientras realiza una inspiración. El movimiento se detiene cuando los pies tienden a separarse del suelo (la amplitud del movimiento es poco importante). Al final del movimiento se pide un momento de mantenimiento. Se acompaña de una espiración amplia. El retorno a la posición inicial se hace inspirando mientras se conserva el control de la posición raquídea.

c) Fortalecimiento de la musculatura lumbar.

Se indicará también a la paciente que realice ejercicios de basculación de la pelvis. Su objetivo es fortalecer la musculatura abdominal y lumbar. La posición de partida es la de decúbito supino con las rodillas flexionadas, los pies sobre el suelo y las manos entrelazadas detrás de la nuca sin forzar en ningún momento el cuello. Contraerá, entonces, firmemente los músculos de las nalgas y del abdomen, presionando la parte baja de la espalda contra el plano de apoyo. Mantendrá la contracción durante 5 segundos y la relajará después. Se repetirá el ejercicio de 5 a 10 veces (figura 5).

Para fortalecer selectivamente la musculatura lumbar, se le indicará a la paciente que, colocándose en decúbito ventral con las ma-

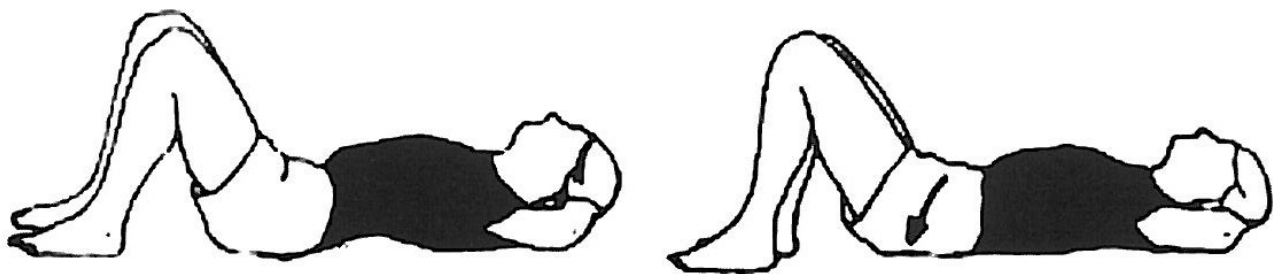


FIG.5.

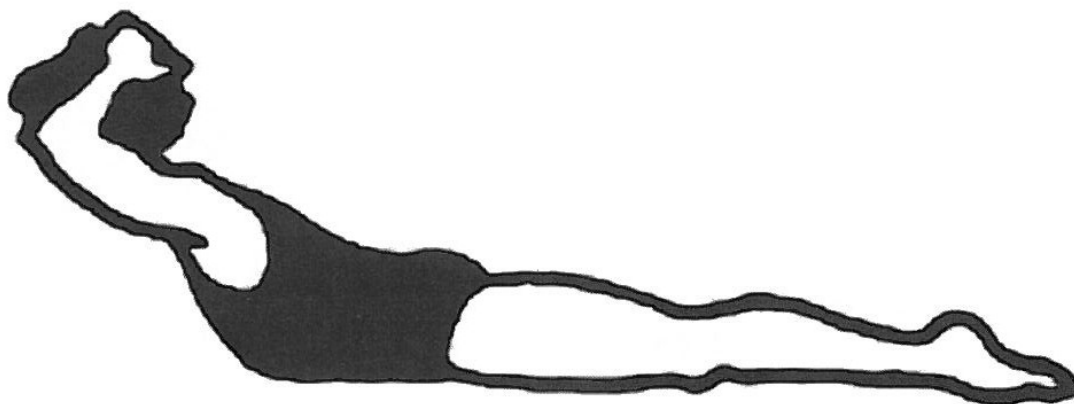


FIG.6.

nos entrelazadas a nivel de la zona lumbar, realice una elevación del tronco. Al final del movimiento se le pide que lo mantenga un momento y, seguidamente, se vuelve a la posición inicial. El ejercicio se realizará de 5 a 10 veces. A lo largo de todo el ejercicio se le pedirá a la paciente una respiración lenta y lo más completa posible (figura 6).

Finalmente, tras los ejercicios de fortalecimiento de la columna lumbar, siempre será aconsejable la realización de ejercicios de estiramiento de la zona fortalecida.

Electroterapia

Las medidas electroterápicas tienen dos objetivos fundamentales:

- Relajación de la musculatura lumbar.
- Relajación de la musculatura abdominal.

Para el tratamiento de la zona lumbar, los tipos de corriente más indicados son:

— *U.S. Pulsátil*: resulta muy útil por su marcado efecto analgésico y relajante de la musculatura. Se recomienda utilizar el cabe-

zal de 1MHz (profundidad de más de 1cm), con un ERA de 5 cm², con una frecuencia de 100Hz y con una potencia de 1 a 1,5 W/cm² en función del mayor o menor grado de la dismenorrea. El tiempo de aplicación será de 5-7 minutos, siendo necesario realizar varias aplicaciones con el fin de abarcar toda la zona a tratar.

— *Interferenciales*: medida electroterápica muy eficaz en el tratamiento de la contractura lumbar. Para abarcar toda la zona a tratar se suele recomendar el método de 4 polos más vector, utilizando una frecuencia portadora de 4000 Hz, una AMF de 60 Hz y un espectro de 30 Hz, siendo el programa del espectro más indicado el de 30/1/30. El tiempo de aplicación será de unos 15 segundos.

— *T.E.N.S. analgésico*: para el tratamiento de toda la zona lumbar será necesaria la utilización de dos circuitos, a ambos lados de la columna vertebral, y un tiempo de aplicación de al menos 45-60 minutos, en función de la amplitud de la zona de tratamiento. Utilizaremos generalmente una frecuencia de 80 Hz, con una duración del impulso de 0,15 mseg. La intensidad se adecuará a la sensibilidad de la paciente, intentando llegar a los 40-50 mA.

— Träbert: resulta muy eficaz para conseguir la relajación de la musculatura lumbar. Se recomienda, por la amplitud de la zona, la utilización de electrodos de 8 x 12, colocando el electrodo positivo proximal, en la zona lumbar, y el electrodo negativo distal, en la región sacroglútea. La intensidad irá aumentando a medida que se produzca la acomodación hasta alcanzar un tiempo de aplicación de la corriente de 20-25 minutos.

Para el tratamiento de la zona abdominal, los tipos de corriente más indicados son:

— *T.E.N.S. analgésico*: se utilizarán los mismos parámetros que en el tratamiento de la zona lumbar.

— *Onda Corta*: muy útil por su efecto analgésico, relajante muscular y antiinflamatorio. Se recomienda la utilización del flexiploide dado que se adapta muy bien a la zona abdominal asegurándonos su tratamiento uniforme. Podemos utilizar el método continuo con una potencia de 200 W durante 15-20 segundos, o bien, el método pulsátil con una frecuencia de 150 Hz y una potencia de 600 W durante 20 minutos.

La onda corta está indicada para el tratamiento de la dismenorrea debido fundamentalmente a que producen calor en los tejidos profundos y, más selectivamente, en el músculo, el líquido intersticial y la sangre debido a su alto contenido en agua. Esta producción de calor tiene un efecto beneficioso sobre la dismenorrea al mejorar el flujo de sangre a través del miometrio, favoreciendo así la eliminación de las prostaglandinas productoras del espasmo y del dolor.

Por lo general, es suficiente con una o dos sesiones por ciclo menstrual, realizándose la aplicación en el momento de aparición de los síntomas. El tratamiento deberá continuarse

durante 6-7 ciclos, habiéndose comprobado que en los ciclos menstruales siguientes a la aplicación del tratamiento se mantiene la mejoría obtenida.

* Hemos de tener en cuenta que la aplicación de las técnicas de electroterapia estarán contraindicadas en aquellas mujeres que sean portadoras de dispositivos intrauterinos u otros objetos metálicos.

Masoterapia

La masoterapia persigue dos objetivos: disminuir la contracción de la musculatura lumbar y aproximadora de caderas, mediante técnicas lentas y profundas de amasamiento y fricciones; y actuar a nivel intersticial reabsorbiendo el edema mediante el masaje ginecológico, que ejercería su acción mediante la excitación directa del plexo hipogástrico, vasorregulador profundo pelviano.

Masaje ginecológico

Para el masaje abdominovaginal (o abdo-minorrectal cuando el himen está intacto) se procederá con delicadeza. La viabilidad de la práctica de esta técnica va a depender del grado de confianza entre paciente y fisioterapeuta. Es recomendable explicar con detalle en qué consiste la técnica y cuáles son los objetivos que se pretenden. El ambiente debe ser acogedor, preservando al máximo la intimidad de la mujer.

La paciente se instalará cómodamente en decúbito supino con las caderas y las rodillas flexionadas. La terapeuta introducirá los dedos índice y medio de una mano en la vagina, quedando el pulgar sobre el pliegue inguinal (posición de Brandt o de Lisfranc).

Simultáneamente, con la mano libre deprimirá suavemente el abdomen realizando sobre él fricciones circulares y longitudinales, masajes superficiales, presiones y vibraciones. La función de los dedos vaginales es la de inmovilizar con suavidad, a modo de horquilla, la porción vaginal del cuello uterino mientras se practica el masaje abdominal que, en algunos casos, puede alcanzar el fondo uterino. Se suprimirán los dedos vaginales cuando ello suponga una situación de tensión para la paciente, limitándose entonces la acción a la mano abdominal.

Durante el transcurso del masaje, la paciente respirará lentamente realizando movimientos de la mayor amplitud posible para favorecer la relajación durante los movimientos espiratorios.

Manipulaciones vertebrales.

Para demostrar la eficacia de las manipulaciones vertebrales en el tratamiento de la dismenorrea primaria, se expone a continuación un estudio realizado sobre 11 pacientes afectas de dicho trastorno menstrual.

En primer lugar, hay que señalar que entre las 11 integrantes del grupo experimental, se encontró que:

- El 24,6 % tenía un desplazamiento vertebral de la primera vértebra lumbar,
- El 45,5 % de la segunda lumbar,
- El 54,6 % de la tercera lumbar,
- El 63,7 % de la cuarta lumbar y
- El 63,7 % tenía una subluxación de la quinta lumbar.

De las 8 pacientes que fueron sometidas a una manipulación vertebral, el 88 % experimentó una disminución de la severidad de la sintomatología, determinado por el grado de discapacidad y por el dolor. Por otra parte, en

ningún caso se produjo cambio significativo alguno en la duración del flujo menstrual.

Las conclusiones sugieren que, en la dismenorrea primaria, la manipulación vertebral debería estar considerada seriamente como un tratamiento alternativo y conservador.

RECOMENDACIONES

Algunas recomendaciones de interés para la paciente dismenorreica son:

- En cuanto a la dieta, se recomienda aumentar el consumo de alimentos diuréticos (aguas, jugos, frutas y verduras) y reducir el de grasas, condimentos y sal. Todo esto, unos días antes y durante la menstruación.

- En cuanto a las actividades que una mujer con dismenorrea puede realizar, son aquellas que su mismo estado de ánimo le permita, pero, en general, se recomienda hacer ejercicio, ya que favorece la circulación y, con ello, disminuyen las molestias y mejora el estado de ánimo.

- Las técnicas de relajación también pueden ser utilizadas para aliviar la dismenorrea en algunas mujeres jóvenes. Tras la realización de varios estudios se ha comprobado que síntomas como los calambres, náuseas e irritabilidad menstrual, así como la falta de concentración, mejoran de forma significativa después de las sesiones de relajación de veinte minutos dos veces por semana.

- El uso de paños calientes o manta eléctrica, así como los baños calientes son efectivos en algunos casos.

- Puede ser beneficioso dormir y descansar de forma adecuada.

- El adoptar la posición fetal aporta un ligero alivio.

— El mantenimiento de relaciones sexuales antes de la menstruación, también alivia el dolor menstrual.

— Otros tratamientos utilizados son: acupuntura, meditación y yoga.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico de la dismenorrea primaria apenas se realiza hoy en día. Únicamente está justificado en caso de que los tratamientos anteriormente expuestos resulten ineficaces.

Los métodos quirúrgicos más comunes son:

— Dilatación del conducto cervical: permite el alivio de los síntomas durante 3-6 meses y además permite el legrado diagnóstico en caso de ser necesario.

— Supresión de las vías de inervación sensitiva del útero: se ha conseguido mediante tres intervenciones fundamentalmente:

— Sección de los ligamentos (y de los nervios) uterosacros (Doyle)

— Simpatectomía hipogástrica subtotal (Vara)

— Neurectomía del presacro (Cotte)

En cualquier caso, hay que decir que los resultados obtenidos no son muy satisfactorios.

CONSIDERACIONES FINALES

— En primer lugar, destacamos la escasez de información existente acerca, sobre todo, del tratamiento de fisioterapia de la dismenorrea, pese a ser, probablemente, el trastorno ginecológico que se da con mayor frecuencia en la mujer.

— Resaltamos el papel fundamental de la fisioterapia en el tratamiento del dolor mens-

trual, sobre todo en aquellas mujeres que, por cualquier razón, no pueden beneficiarse del tratamiento farmacológico tradicional.

— También hacemos aquí referencia a la importancia de concienciar a la mujer que sufre dolores menstruales que debe acudir en primera instancia al ginecólogo y a lo fundamental de no actuar sobre la paciente sin contar con un buen diagnóstico diferencial, ya que se puede caer en el error de no hacer un diagnóstico precoz de una lesión orgánica importante.

— Por último, destacamos el hecho de que se trata de una patología que afecta a la mujer en su totalidad debiendo ser abordada por todo un equipo multidisciplinar en el que incluimos fundamentalmente médicos, fisioterapeutas y, en ocasiones, psicólogos.

BIBLIOGRAFÍA

- Jones, G.S. y Jones, H.W.: *Tratado de Ginecología De Novak*. México: Interamericana, 1984.
- Usandizaga, J.A. y Fuente, P. De La: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Mcgraw-Hill o Interamericana, 1998.
- Balash, J.: *Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Salvat, 1990.
- Maya, J.: *Técnicas electroterápicas en corrientes de baja, media y alta frecuencia*. Sevilla: Kronos-Función, 1998.
- Lérida Ortega, M.A.; Platero Rico, D.; Ponce Castro, J. Y Ávila Ávila, C.J.: *Tratamiento rehabilitador de la dismenorrea primaria*. *Rehabilitación*, 33 (5): 335-338, 1999.
- Esnault, M.: *Estiramientos analíticos en Fisioterapia activa*. Barcelona: Masson Salvat, 1994.
- Minaire, P; Sabot, E.; Braize, C.; Capdepon, C. Y Chevillard, J.: *Reeducación pelviperineal*. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*. Paris: Elsevier, 1998.