

Síndrome de tensión premenstrual

Dra. Griselda Niedlich

ATENEO IDIM
Septiembre 2013

SPM

- Definición: describe un conjunto de disturbios somáticos, cognitivos y conductuales que recurren en forma cíclica durante la fase lútea, con resolución rápida al acercarse el comienzo de la menstruación.
- Criterios principales
 1. Los síntomas deben presentarse durante la fase premenstrual, resolverse dentro de los 2 primeros días del comienzo menstrual y tener un período de quiescencia en la fase folicular.
 2. Estos síntomas deben ser documentados en varios ciclos menstruales y no deben ser causados por ningún trastorno fisiológico o psicológico.
 3. Los síntomas deben ser recurrentes y suficientemente severos de modo que impacten en las relaciones sociales y ocupacionales.

SPM

La *American Psychiatric Association* lo denomina **DDPM** (desorden disfórico premenstrual) o **DFL** (desorden de fase lútea).

Se caracteriza por ser una entidad con sintomatología somática y afectiva (trastornos anímicos) que produce disfunción e incapacidad significativa.

Posiblemente el DDPM no sólo representa el extremo más grave de la sintomatología premenstrual sino quizás una modalidad de trastorno depresivo o de ansiedad.



idim.com.ar

SPM

Incidencia:

- 3-10% de las mujeres en edad reproductiva son asintomáticas
- 30-90% presentan síntomas premenstruales leves.
- 20-30% presentan síntomas moderados a graves que alteran su forma de vida.
- 3-8% padecen síntomas graves e invalidantes.

SPM

presentación clínica y criterios diagnósticos

<i>Hallazgos Físicos</i>		
Aumento de peso	Edema	Mastalgia
Mareos	Sofocos	Palpitaciones
Alteraciones cutáneas (aftas, acné)		Algias generalizadas
<i>Alteraciones en la Concentración</i>		
Insomnio	Olvidos	Confusión
Disminución de la atención	Dificultad para la concentración	Falta de coordinación
<i>Cambios en el Comportamiento</i>		
Pérdida de eficacia	Aletargamiento	Renuncia a la vida social
Menor rendimiento (escolar o laboral)	Bulimia	Ingesta excesiva de alcohol y medicamentos
<i>Cambios Anímicos</i>		
Llanto fácil	Depresión	Ansiedad, impaciencia
Irritabilidad	Agresividad	Tensión

El DDPM es una alteración psiconeuroendócrina crónica y compleja que constituye la forma más grave del SPM. La Asociación Americana de Psiquiatría (en el DSM-IV-TR) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) establecieron criterios diagnósticos.

Criterios del DSM IV para el Diagnóstico de DDPM

- A. En la mayoría de los ciclos correspondientes al último año, se han presentado cinco (o más) de los síntomas que a continuación se señalan durante la mayor parte de la última semana de la fase luteínica, comenzando a remitir al inicio de la fase folicular, desapareciendo durante la semana siguiente a la menstruación, presentando al menos uno de los síntomas descriptos en 1, 2, 3 ó 4.
1. Estado de ánimo depresivo acentuado, sentimientos de desaliento o autorreproches.
 2. Ansiedad intensiva, tensión, sentimientos de "nerviosismo".
 3. Labilidad afectiva pronunciada.
 4. Irritabilidad o ira persistente o acentuada, o aumento de los conflictos interpersonales.
 5. Disminución del interés por actividades habituales (ejemplo: trabajo, escuela, amigos, ocio).
 6. Sensación subjetiva de dificultad de concentración.
 7. Letargo, fatigabilidad o falta de energía acentuada.
 8. Cambios acentuados en el apetito, comer en exceso o deseos de alimentos específicos.
 9. Hipersomnia o insomnio.
 10. Sensación de estar rebasada o pérdida de control.
 11. Síntomas físicos como: dolor o turgencia mamaria, cefaleas, artralgias, edema, aumento de peso.
- A. el trastorno interfiere notablemente con las actividades laborales, escolares, sociales y familiares habituales y con las relaciones personales (por ej., evitar actividades sociales, menor productividad y eficiencia en el trabajo y en la escuela).
- A. El trastorno no es una exacerbación de los síntomas de otra patología, como un trastorno depresión mayor, trastorno de pánico o de la personalidad (aunque puede superponerse a cualquiera de estos problemas).
- A. Los criterios A, B, C deben ser confirmados mediante autoevaluaciones diarias prospectivas durante un mínimo de dos ciclos sintomáticos consecutivos (de otra manera, el diagnóstico es provisional).

SPM criterios diagnósticos según ACOG- 2000

- Las pacientes informan 1 ó más de los siguientes síntomas afectivos o somáticos durante los 5 días anteriores a la menstruación durante los últimos 3 ciclos.

<u>Síntomas afectivos</u>	<u>Síntomas somáticos</u>
<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Arranques de furia• Irritabilidad• Ansiedad• Confusión• Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none">• Tensión mamaria• Distensión abdominal• Cefaleas• Edemas de las extremidades

- Los síntomas mejoran dentro de los 4 días de ocurrida la menstruación, sin recurrencia por lo menos hasta el día 13 del ciclo.
- Los síntomas están presentes en ausencia de cualquier terapia farmacológica, ingesta de hormonas, abuso de alcohol o drogas.
- Los síntomas ocurren durante por lo menos 2 ciclos de un registro prospectivo.
- Los pacientes sufren una disfunción identificable en su desempeño social y laboral

SPM diagnóstico

Es clínico

Es dificultoso porque:

- se desconoce su etiología específica.
- hay dificultad de las pacientes de correlacionar estos síntomas con el período premenstrual.
- hay superposición con otros síntomas ginecológicos y psiquiátricos.

irritabilidad (85%), angustia (83%) y labilidad emocional (77%) son los síntomas más reportados.

SPM

Según Sampson (1989) deben cumplirse algunas características para su diagnóstico:

- Periodicidad de los síntomas
- Aumento de la gravedad en la medida que el ciclo progresa
- Existencia de un período postmenstrual de 7 días, como mínimo, libre de síntomas
- Alivio al inicio de la menstruación y desaparición al cabo de 3 días posteriores al comienzo.
- Presencia de los síntomas durante 3 ciclos consecutivos como mínimo, con posibles variaciones de intensidad.
- Interferencia de los síntomas con el trabajo, las actividades sociales y las relaciones interpersonales

SPM

Diagnósticos diferenciales:

- Depresión
- Ansiedad
- Perimenopausia
- Síndrome de cansancio crónico
- Síndrome de colon irritable
- Tiroideopatía

Hay algunas afecciones que empeoran antes de la menstruación:

- ✓ Trastornos convulsivos
- ✓ Migraña
- ✓ Asma
- ✓ cefaleas



SPM diagnóstico

- **Evaluación completa de los antecedentes:**
 - Edad de comienzo de los síntomas.
 - Número de días sintomáticos por ciclo.
 - Síntomas más significativos y sus variaciones de un ciclo a otro.
 - Magnitud y gravedad del impacto social.
 - Presencia de síntomas durante el uso de anticonceptivos orales.
 - Cantidad de partos.
 - Antecedentes de historia psiquiátrica.
 - Tratamientos previos efectuados.
 - Es aconsejable que la paciente realice un registro prospectivo de los síntomas con respecto a sus ciclos menstruales, que debe repetirse durante al menos 2 ó 3 ciclos consecutivos. Luego, esos registros serán analizados por el médico. Existe una gran variedad de registros, los más utilizados son:

SPM diagnóstico

- Examen físico general
- Examen genito- mamario
- Exámenes complementarios de acuerdo con cada caso en particular
- Evaluación psiquiátrica y/o psicológica.

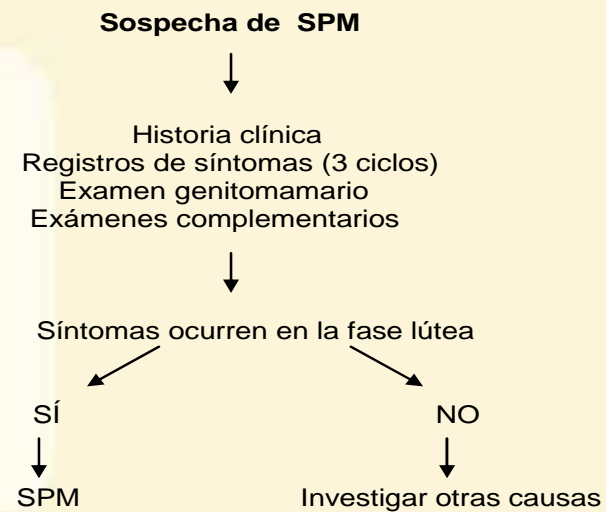
Las mujeres con antecedente familiar de depresión pueden ser más proclives a sufrir este trastorno.

En aquellas con ataques de pánico, los síntomas físicos y miedos se incrementan en forma notoria durante los días previos a la menstruación.

SPM

La presencia de sintomatología en la fase folicular debe orientar a descartar otras patologías que pueden exacerbarse en la fase lútea tardía.

<i>Diagnósticos Diferenciales del DDPM</i>	
Trastornos del estado de ánimo	Endometriosis
Trastornos de ansiedad	Hiperprolactinemia
Trastorno por abuso de sustancias	Hipotiroidismo
Trastorno de la personalidad	Epilepsia



SPM posibles factores causales

- Factores biológicos :
 1. Herencia
 2. Hormonas sexuales femeninas
 3. Andrógenos
 4. Otros factores endócrinos (hidrocortisona, h tiroidea, PRL,)
 5. Serotonina
- Factores psicosociales:
 1. Socioculturales
 2. Stress
 3. Abusos sexuales

SPM tratamiento

- El objetivo principal del tratamiento es disminuir los síntomas de SPM o DDPM para que la paciente pueda realizar una vida normal, lo cual incluye entre otras medidas:
 - Modificaciones de los hábitos alimentarios (Nivel B)
 - Vitaminoterapia
 - Fármacos
 - Psicoterapia (Nivel C)

SPM tratamiento ACOG

- **Educación:** es importante que la mujer conozca la fisiología del ciclo menstrual para comprender lo que le está ocurriendo. El ACOG recomienda los cambios en el estilo de vida como la 1ra línea de tratamiento.
- **Dieta:**
- Se recomienda **restringir** el consumo de:
 - Sal (3g/día) para reducir la retención de agua
 - Azúcares refinados
 - Alimentos con metilxantinas para no aumentar la ansiedad y la irritabilidad
 - Tabaco y alcohol
 - Carnes rojas
- Se recomienda **incrementar** la ingesta de:
 - Carbohidratos complejos .
 - Pescados y aves como fuente de proteínas.
 - Fibras, vegetales, legumbres y cereales.
- **Ejercicio físico:**
- ✓ Aeróbicos : caminata, trote, natación, remo, ciclismo y danza (nivel C).
- ✓ Meditación, yoga

SPM tratamiento farmacológico

Es controvertido y debe reservarse a las pacientes que no mejoran con las medidas mencionadas.

- **Vitaminoterapia**

Vitamina B₆: la administración diaria de 50 ó 100 mg podría tener efectos beneficiosos sobre los síntomas depresivos.(nivel B)

Vitamina E: 400 a 600 UI/día

- **Mineraloterapia**

El calcio y el magnesio son cofactores en la síntesis de neurotransmisores, lo que sugiere una posible asociación entre SPM y la deficiencia de serotonina (nivel B).

- **AINE**

Mejoran la mastalgia, la dismenorrea, la migraña y los dolores musculares

.

SPM tratamiento

Anticonceptivos Hormonales

- Se ha sugerido un efecto beneficioso sobre el bienestar psicológico y se los ofrece como una buena alternativa para el tratamiento (nivel B).
- FDA aprobó un esquema terapéutico de ACO con bajas dosis de EE y DRSP con 24 comprimidos activos y 4 placebos para los síntomas físicos y emocionales, mediante la reducción de la fluctuación hormonal a lo largo del ciclo y las propiedades antiandrogénicas y antiminerlocorticoideas.
- Joffe y colaboradores informaron que los ACO no modifican los cambios de humor premenstrual, pero, en aquellas mujeres con antecedentes de depresión, tienen un gran riesgo de empeorar estos síntomas.

SPM tratamiento

- **Agonistas de GnRH** . Producen alivio significativo de las manifestaciones de la enfermedad, pero inducen síntomas menopáusicos que limitan su uso en la mayoría de las pacientes (nivel B).
- **Inhibidores de las Gonadotrofinas** El danazol parece ser efectivo en el tratamiento del SPM, especialmente en el alivio de la mastalgia (por acción directa) y de la irritabilidad. No se recomienda en pacientes con depresión y ansiedad. La dosis propuesta es de 200 mg dos veces por semana, sólo en la fase lútea.
- **Gestágenos.** No se pudo demostrar su efectividad para el tratamiento del SPM, no se recomienda su uso (nivel A).
- **Diuréticos** Las candidatas para el uso de diuréticos son aquellas pacientes que manifiestan aumento de 1.5 kg de peso durante el período premenstrual, tensión mamaria y otros síntomas de retención hídrica. La espironolactona es el diurético recomendado, ya que es un agonista de la aldosterona. La dosis es de 25 mg, 2-3 veces por día, durante los días 18 al 26 del ciclo.

SPM tratamiento

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)**

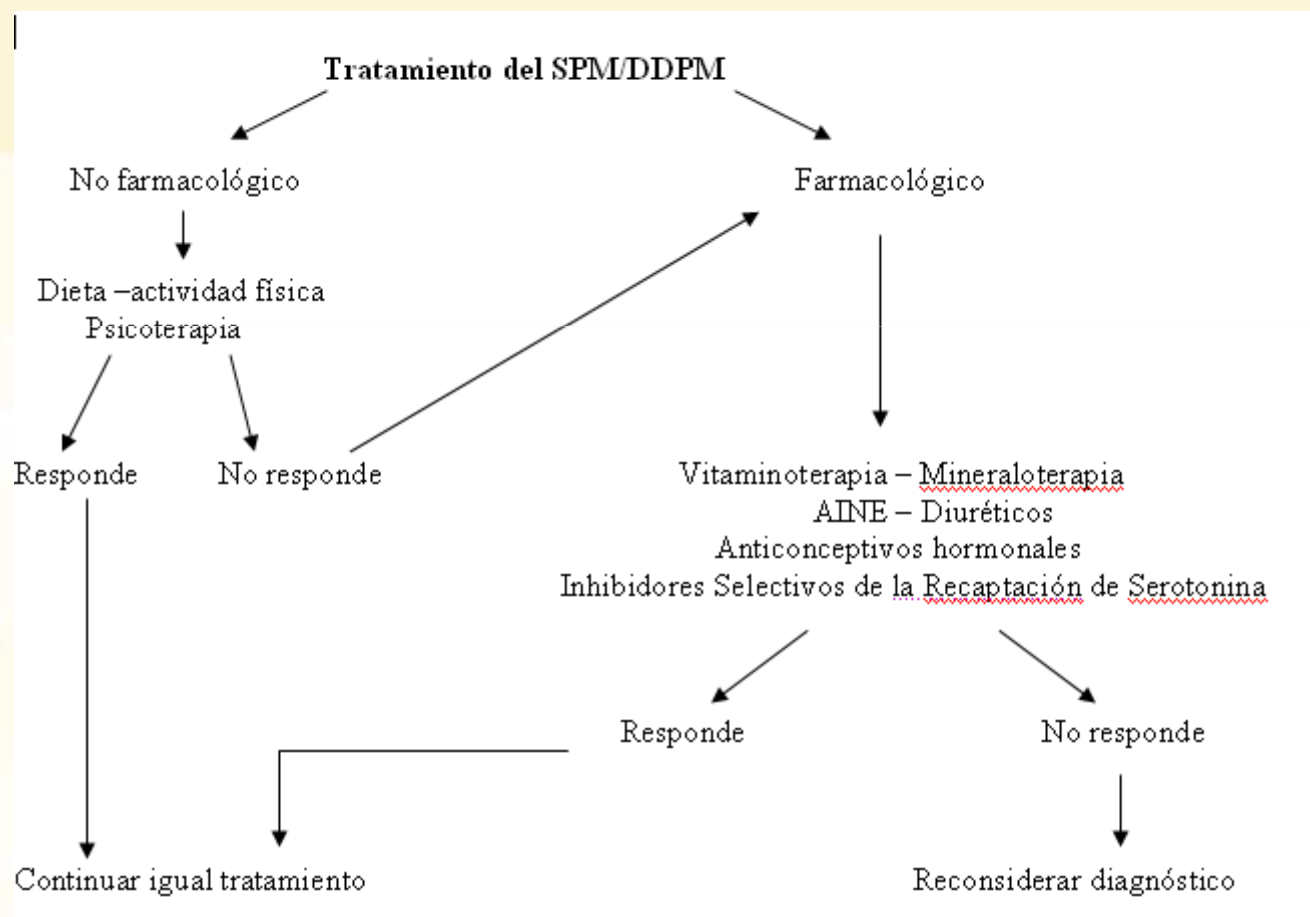
Primera línea para el tratamiento del DDPM, pues son muy eficaces para el alivio de los síntomas físicos y emocionales (nivel A). Fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina) actúan sobre el humor, la saciedad y la agresividad. Son eficaces cuando se usan en forma continua o sólo en fase premenstrual.

- **Otros Psicofármacos**

Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina) son considerados de segunda línea terapéutica, porque tienen menor tolerabilidad y mayores efectos colaterales que los SSRI.

El alprazolam por sus propiedades ansiolíticas relajantes. (nivel B).

SPM



bibliografía

- Bagnati E, López Kaufman C. Síndrome de tensión premenstrual. En: Diagnostico y Terapeutica en endocrinología ginecológica y reproductiva. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Ascune , 2004 , pp301-314
- Subhash C. Bhatia, M.D. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. American Family Physician: October 2002, Volume 66, Number 7: 1239-1247.
- Bagnati E, López Kaufman C Síndrome Premenstrual. Disminorrea y anticoncepción hormonal. En: Anticoncepción del siglo XXI. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Ascune, 2005, pp. 785-800.
- Wyatt K, Dimmock PW, O'Brien PMS. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina par el síndrome premenstrual (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, número 4; 2005. Oxford, Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Watanabe H. British Medical Journal 2001; 323: 776-80.
- Vigod S y col Obstet Gynecol Clin N Am 36 (2009) 907- 924
- Cochrane Database Syst Rev. 2013. doi: 10.1002/14651858.CD001396.pub3.
- Cochrane Database Syst Rev. 2012. doi: 10.1002/14651858.CD006586.pub4.

Muchas gracias

ATENEO IDIM
Septiembre 2013



[LinkedIn](#)



[Blog IDIM](#)