Introducción

Los cambios que ocurren durante la fase luteínica o progestacional han sido tema de debate según los diferentes contextos socioculturales. Casi todas las mujeres manifiestan tener síntomas premenstruales; no obstante, menos del 50% concurren al médico por esta causa. En el 30% de las mujeres, los síntomas corresponden al síndrome premenstrual (SPM), mientras que el 5% a 6% presentan síntomas tan graves que se clasifican como desorden disfórico premenstrual (DDPM).

Algunas investigaciones han demostrado que la mitad de los accidentes ocurridos en la mujer en su hogar, trabajo o en su automóvil tiene lugar en la semana premenstrual. En la actualidad, Gran Bretaña acepta al SPM como **un factor atenuante de la justicia criminal** y Francia lo utiliza para alegar **demencia temporaria.**

Definición

Hasta el día de hoy no hay una definición universal de este síndrome. El término SPM 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.

Han sido descriptos más de 150 síntomas que pueden ser leves, moderados o muy intensos, que interfieren en la actividad normal y deterioran las relaciones personales. Para definirlos existen 3 criterios principales:

1. Los síntomas deben presentarse durante la fase premenstrual, deben resolverse dentro de los 2 primeros días del comienzo menstrual y deben tener un período de quiescencia durante 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.

La *American Psychiatric Association* lo denomina DDPM o desorden de la fase lútea (DFL); se caracteriza por ser una entidad con sintomatología somática y afectiva (trastornos anímicos) que producen disfunción e incapacidad significativa. Pearlstein y colaboradores han señalado que el DDPM no sólo representaría el extremo más grave de la sintomatología premenstrual, sino quizás una modalidad de trastorno depresivo o de ansiedad.

La versión impresa de este documento no asegura de que este actualizado

Incidencia

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	Revisó	***Aprobó***
Nombre	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Patricia Giráldez
Firma		
Fecha	14/08	29/08

Cerca del 3% a 10% de las mujeres en edad reproductiva no tienen síntomas premenstruales, el 30% a 90% tienen síntomas premenstruales leves y el 20% a 30% se asocian con síntomas premenstruales moderados a graves que alteran su forma de vida.

El 3% al 8 % padecen síntomas graves y francamente invalidantes. Para muchos profesionales el DDPM parece un cuadro banal y de dudosa existencia. No obstante, al considerar que una mujer tiene ciclos menstruales durante 30 años y que la extensión promedio de los síntomas es de 4 a 5 días por ciclo, el DDPM puede comprometer el equivalente a 5 a 6 años de vida de una persona, limitando su desarrollo y calidad de vida.

En 1987 Dalton y colaboradores comunicaron una posible predisposición genética, pues 14 de 15 parejas de gemelas monocigóticas presentaron SPM, así como 7 de 16 pares de gemelas dicigóticas. Otros estudios indican que las hijas de pacientes con tensión premenstrual tienen mayor propensión que las descendientes de mujeres asintomáticas. El estrés puede aumentar la gravedad de la sintomatología, ya que el cortisol altera el eje ovárico, principalmente inhibiendo el pulso de GnRH.

Presentación Clínica y Criterios Diagnósticos

Ninguno de los más de 150 síntomas es específico o patognomónico

Hallazgos Físicos		
Aumento de peso	Edema	Mastalgia
Mareos	Sofocos	Palpitaciones
Alteraciones cutáneas (aftas, acné)	Algias generalizadas	

Alteraciones en la Concentración		
Insomnio	Olvidos	Confusión
Disminución de la atención	Dificultad para la concentración	Falta de coordinación

Cambios en el Comportamiento		
Pérdida de eficacia	Aletargamiento	Renuncia a la vida social
Menor rendimiento (escolar o laboral)	Bulimia	Ingesta excesiva de alcohol y medicamentos

Cambios Anímicos		
Llanto fácil	Depresión	Ansiedad, impaciencia
Irritabilidad	Agresividad	Tensión

El DDPM es una alteración psiconeuroendocrina 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.
B. 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).
C. 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).
D. 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).

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.

Síntomas afectivos	**Síntomas somáticos**
• Depresión • Arranques de furia • Irritabilidad • Ansiedad • Confusión • Aislamiento social	• 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.

Bloch y colaboradores, en un estudio prospectivo, comunicaron que la irritabilidad (85%), la angustia (83%) y la labilidad emocional (77%) son los síntomas más reportados. Las mujeres que presentan SPM debieron ser diagnosticadas con criterios estándar y deben tener el tiempo de sus síntomas confirmado, en un calendario prospectivo de síntomas (nivel A). Se agrega que la 10ma Edición de la *International Classification of Diseases* requiere que sólo un síntoma distresante esté presente para el diagnóstico de SPM.

Diagnóstico

El diagnóstico es dificultoso porque se desconoce su etiología específica. No existen marcadores bioquímicos o psicológicos que permiten confirmar su presencia. Asimismo, se admite la existencia de un amplio espectro de síntomas, la dificultad de las pacientes para correlacionar estos síntomas con el periodo premenstrual y la superposición con otros síntomas ginecológicos y psiquiátricos.

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
- alivio al inicio de la menstruación y desaparición al cabo de 3 días posteriores al comienzo
- existencia de un período posmenstrual de 7 días, como mínimo, libre de síntomas
- 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.

Por lo tanto el **diagnóstico del SPM es clínico.** La conducta a seguir es la siguiente:

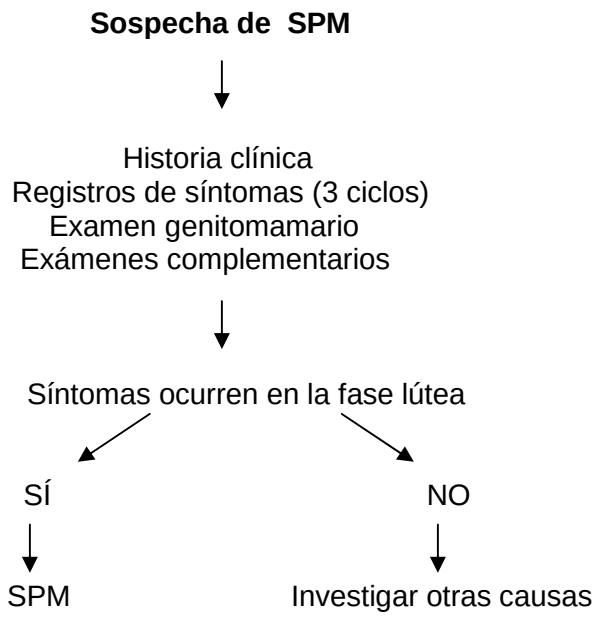
- **Evaluación completa de los antecedentes, puntualizados:**
  - Edad de comienzo de los síntomas.
  - Número de días sintomáticos por ciclo.
  - Síntomas más significativos y sus variaciones de un ciclo a otro.
  - Magnitud y gravedad del impacto social.
  - Presencia de síntomas durante el uso de 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:
    - *Daily Record of Severity of Problems* (DRSP), que analiza 24 ítems; la calificación va de 1 a 6.
    - *Visual Analogue Scale* (VAS), para los 4 síntomas fundamentales del DDPM (irritabilidad, tensión, depresión, cambios emocionales). La graduación de 0 a 100 puntos comprende desde la ausencia de manifestaciones hasta los síntomas graves.
    - *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST).
    - *The Women's Quality of Life Questionnaire*, con respuestas afirmativas o negativas a 40 preguntas sobre la calidad de vida.

- **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 pacientes con ataques de pánico, los síntomas fiscos y miedos se incrementan en forma notoria durante los días previos a la menstruación.

La presencia de sintomatología en **la fase folicular** debe orientar a descartar otras patologías que pueden exacerbarse en la fase lútea tardía, tales como las indicadas en la tabla.

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



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 - Mineraloterapia
- Fármacos
- Psicoterapia (Nivel C)

Tratamiento no Farmacológico

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 para descender la hipoglucemia reactiva al metabolismo alterado de los carbohidratos
  - Alimentos con metilxantinas (café, té, chocolate, bebidas cola) para no aumentar la ansiedad y la irritabilidad
  - Tabaco y alcohol
  - Carnes rojas (proteínas y grasas)
- Se recomienda **incrementar** la ingesta de:
  - Carbohidratos complejos (en el mercado están disponibles bebidas ricas en triptófano, que aumenta la serotonina y mejoran el estado de ánimo)
  - Pescados y aves como fuente de proteínas
  - Fibras, vegetales, legumbres y cereales.

Ejercicio físico: Carr y colaboradores observaron que el aumento de niveles de beta-endorfinas en mujeres que realizaban ejercicio producía sensación de bienestar. Los beneficios potenciales son disminución de los síntomas de la fase lútea, disminución de la dismenorrea y el estrés, mejoría en la concentración y el humor. Los ejercicios aeróbicos recomendados incluyen caminata, trote, natación, remo, ciclismo y danza (nivel C).

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico sigue siendo controvertido y debe reservarse a las pacientes que no mejoran con las medidas mencionadas. La alta respuesta al placebo sugiere que 40% a 94% de las pacientes mejorará a corto plazo, sin importar el tratamiento elegido.

Vitaminoterapia

- Vitamina B_6: ejerce efectos sobre los neurotransmisores. Su eficacia es motivo de debate y tendría mínimos efectos en el tratamiento del SPM (nivel B). Wyatt y colaboradores observaron que la administración diaria de 50 ó 100 mg podría tener efectos beneficiosos sobre los síntomas depresivos.
- Vitamina E: incrementa la formación de prostaglandina E_1, la cual antagoniza la acción de la prolactina que podría estar involucrada en la fisiopatología del SPM. Dosis recomendada: 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. Algunos estudios han concluido que 1200 a 1600 mg/día de calcio son efectivos en el SPM (nivel B). El magnesio tiene mínimos efectos .en el tratamiento del SPM (nivel B).

Antiinflamatorios no Esteroides

Mejoran la mastalgia, la dismenorrea, la migraña y los dolores musculares. Esta terapia debería indicarse antes del comienzo del dolor y continuar hasta el final de la menstruación.

Anticonceptivos Hormonales

Hay evidencia que los anticonceptivos combinados orales (ACO) reducen la incidencia de SPM y se los considera como uno de los agentes terapéuticos que deben utilizarse en esta entidad. En general los ACO no son reconocidos por su efecto beneficioso sobre los síntomas del humor; además algunos componentes de los ACO estimulan la retención de sodio y agua a través del sistema renina-angiotensina aldosterona.

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.

Existe poca información sobre la eficacia de los ACO en el DDPM. Se ha sugerido un efecto beneficioso sobre el bienestar psicológico y se los ofrece como una buena alternativa para el tratamiento (nivel B). Actualmente, un esquema terapéutico con ACO con bajas dosis de estrógenos con 24 comprimidos activos y 4 placebos mejoraría los síntomas físicos y emocionales, mediante la reducción de la fluctuación hormonal a lo largo del ciclo, que mostró, sobre todo, beneficios en el DDPM. La drospirenona mejoró la productividad, las relaciones interpersonales y las actividades sociales. El uso de los anillos vaginales demostró igual eficacia.

Agonistas de GnRH (Leuprolide, Buserelin, Goserelin)

Producen alivio significativo de las manifestaciones de la enfermedad, pero inducen síntomas menopáusicos (sofocos, sequedad vaginal, irritabilidad) lo que limita 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 (debido a su acción directa sobre el tejido mamario), de la tensión 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

Watanabe y colaboradores comprobaron que la dosis diaria de 400 mg de progesterona micronizada durante la fase lútea provocaba mejoría sintomatológica. La revisión de la base de datos Cochrane no pudo demostrar su efectividad para el tratamiento del SPM, por lo que actualmente 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.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

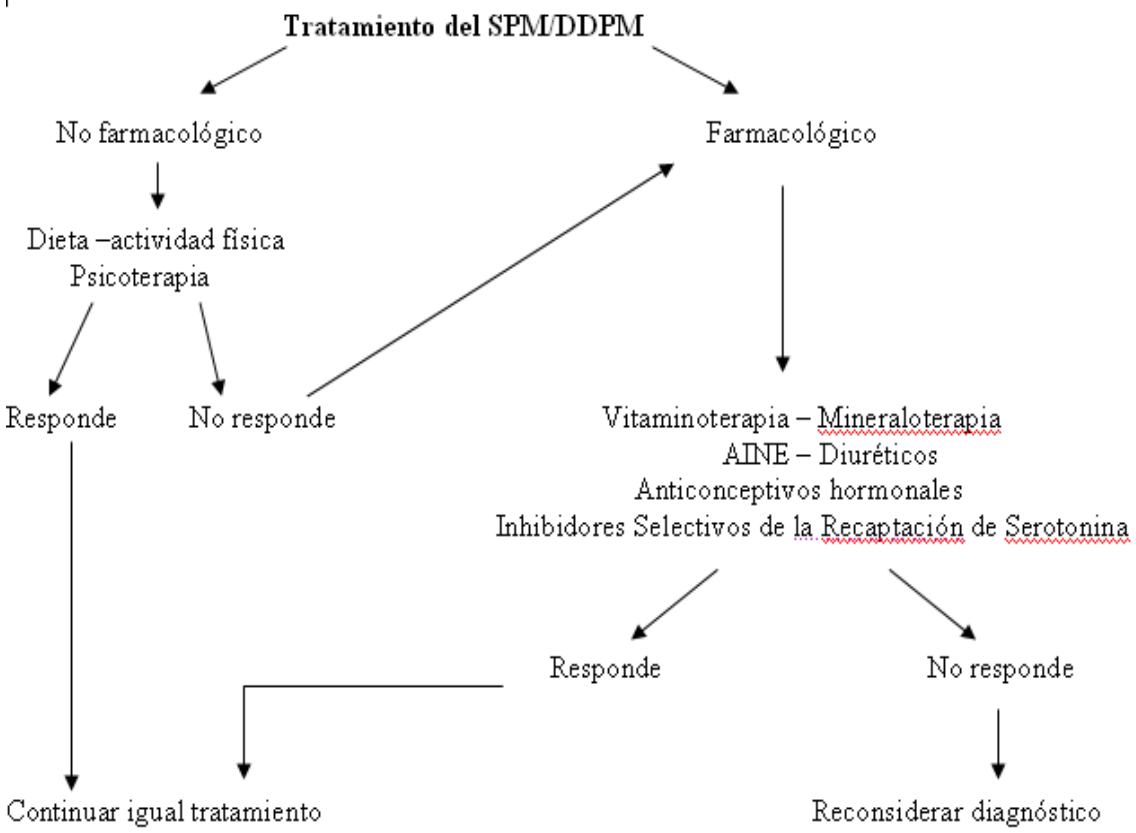
En la actualidad existen pruebas muy sólidas para apoyar su uso en las pacientes con SPM y son los fármacos de primera línea para el tratamiento del DDPM, pues son muy eficaces para el alivio de los síntomas físicos y emocionales (nivel A). Los ISRS (fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina) actúan sobre el humor, la saciedad y la agresividad.

El Reino Unido y el Comité Asesor de Psicofármacos de la FDA han aprobado a la fluoxetina y a la sertralina para el tratamiento del DDPM, convirtiéndose en las primeras moléculas de prescripción farmacéutica autorizadas oficialmente para esta indicación. (Nivel A). Inicialmente se utilizaron tratamientos durante todo el ciclo (administración continua), actualmente el efecto deseado puede lograrse cuando se la administra sólo durante la fase lútea (administración intermitente). La dosis de 20 mg/día no es efectiva para reducir los síntomas físicos; la dosis de 60 mg/día tuvo más efectos colaterales (insomnio, alteración nerviosa, cambios en el apetito). Para la sertralina, la dosis recomendada es de 50 a 150 mg diarios. Para el caso del citalopram, se encontró buena respuesta con una dosis de 20 mg/día durante 9 semanas.

Otros Psicofármacos

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

El alprazolam (una benzodiazepina, por lo tanto, agonista de los receptores gabaérgicos) tiene propiedades ansiolíticas relajantes. Su prescripción debe ser cautelosa ya que puede provocar dependencia (nivel B).


Tratamiento del SPM/DDPM
No farmacológico
Farmacológico
Dieta –actividad física
Psicoterapia
Responde
No responde
Vitaminoterapia – Mineraloterapia
AINE – Diuréticos
Anticonceptivos hormonales
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
Responde
No responde
Continuar igual tratamiento
Reconsiderar diagnóstico

INFORMATION POINT:

Visual Analogue Scale (VAS)

A Visual Analogue Scale (VAS) is a measurement instrument that tries to measure a characteristic or attitude that is believed to range across a continuum of values and cannot easily be directly measured. For example, the amount of pain that a patient feels ranges across a continuum from none to an extreme amount of pain. From the patient's perspective this spectrum appears continuous – their pain does not take discrete jumps, as a categorization of none, mild, moderate and severe would suggest. It was to capture this idea of an underlying continuum that the VAS was devised.

Operationally a VAS is usually a horizontal line, 100 mm in length, anchored by word descriptors at each end, as illustrated in Fig. 1. The patient marks on the line the point that they feel represents their perception of their current state. The VAS score is determined by measuring in millimetres from the left hand end of the line to the point that the patient marks.

How severe is your pain today? Place a vertical mark on the line below to indicate how bad you feel your pain is today.

No pain |_____| Very severe pain

Figure 1 Effects of the interpersonal, technical and communication skills of the nurse on the effectiveness of treatment.

There are many other ways in which VAS have been presented, including vertical lines and lines with extra descriptors. Wewers & Lowe (1990) provide an informative discussion of the benefits and shortcomings of different styles of VAS.

As such an assessment is clearly highly subjective, these scales are of most value when looking at change within individuals, and are of less value for comparing across a group of individuals at one time point. It could be argued that a VAS is trying to produce interval/ratio data out of subjective values that are at best ordinal. Thus, some caution is required in handling such data. Many researchers prefer to use a method of analysis that is based on the rank ordering of scores rather than their exact values, to avoid reading too much into the precise VAS score.

Further reading

Wewers M.E. & Lowe N.K. (1990) A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. ***Research in Nursing and Health*** **13,** 227–236.

NICOLA CRICHTON

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual ok Mental Disorders. 4° ed. Washington DC.: American Psychiat ric Association; 1994.
2. 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
3. Subhash C. Bhatia, M.D. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. American Family Physician: October 2002, Volume 66, Number 7: 1239-1247.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premenstrual Syndrome: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. 2000;15:1.
5. 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.
6. Dalton K, Dalton M; Guthrie K. Incidence of the premenstrual syndrome in twins. Br Med J: 1987; 295:1027.
7. 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.).
8. Watanabe H. British Medical Journal 2001; 323: 776-80.
9. Correa E. Psicopatolgía de la Mujer (2° Edición) . Transtorno disfórico premenstrual. 2005 Cap 6: 105-121.
10. Cochrane Database Syst Rev. 2013. doi: 10.1002/14651858.CD001396.pub3.
11. Cochrane Database Syst Rev. 2009. doi: 10.1002/14651858.CD006414.pub2.
12. Cochrane Database Syst Rev. 2012. doi: 10.1002/14651858.CD003415.pub4.
13. Cochrane Database Syst Rev. 2012. doi: 10.1002/14651858.CD006586.pub4.