



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL  
TRANSTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE EDAD  
FÉRTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

AÑAZCO ROMERO CINTHYA ELIZABETH  
MÉDICA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL  
TRANSTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE  
EDAD FÉRTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

AÑAZCO ROMERO CINTHYA ELIZABETH  
MÉDICA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL TRANSTORNO  
DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD.

AÑAZCO ROMERO CINTHYA ELIZABETH  
MÉDICA

CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC

MACHALA, 06 DE ENERO DE 2021

MACHALA  
06 de enero de 2021

# CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

*por* Cinthya Añezco

---

**Fecha de entrega:** 19-dic-2020 08:37p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1479445053

**Nombre del archivo:** TRASTORNO\_DISF\_RICO\_PREMENSTRUAL\_-\_CINTHYA\_A\_AZCO\_ROMERO.docx  
(74.96K)

**Total de palabras:** 3246

**Total de caracteres:** 17725

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, AÑAZCO ROMERO CINTHYA ELIZABETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL TRANSTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de enero de 2021



AÑAZCO ROMERO CINTHYA ELIZABETH  
0704818905

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi hermosa familia por todo el amor y paciencia que me tuvieron. A mi compañero Marlon Suscal por compartir momentos significativos conmigo, por su apoyo, amor y paciencia, por estar siempre dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento, fuimos un gran equipo no lo dudo. A mi pequeño grupo de compañeros que aprecio mucho Samantha, Roberto, Marvin, Farley, Gabriel, Kevin, Ronald, Carla, Alex y Paulita porque fueron un gran equipo y juntos no hubiéramos logrado esta meta. A mis docentes, los cuales supieron transmitir toda su sabiduría y amor por la medicina.

## RESUMEN

**Antecedentes:** El trastorno disfórico premenstrual es el conjunto de cambios somáticos y psíquicos que produce incapacidad física, psíquica y social en mujeres en reproductiva. ocurre aproximadamente una semana antes del comienzo de la menstruación. **Objetivo:** Describir los criterios diagnósticos y manejo terapéutico del síndrome disfórico premenstrual en mujeres de edad fértil en atención primaria de salud. **Materiales y métodos:** El estudio corresponde a una revisión bibliográfica de artículos científicos de cuartil uno y dos en bases de datos como: Pubmed, Cochrane, Elsevier, publicados en los últimos cinco años y en revistas científicas de alto impacto. **Resultados:** Se obtuvieron 17 artículos científicos de las diferentes plataformas digitales de búsqueda, la revisión reveló que los factores agravantes de este trastorno son edad avanzada, clase económica baja, falta de empleo y estrés, el tratamiento de primera línea serán los inhibidores de la recaptación de serotonina debido a es estos alivian tanto los síntomas psiquiátricos como los somáticos. **Conclusión:** Este trastorno puede alterar la calidad de vida de las pacientes ocasionando trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y riesgo de suicidio, en atención primaria es recomendable que se tenga en cuenta esta sintomatología para una oportuna identificación y manejo de dicha patología.

**Palabras Clave:** síndrome premenstrual, trastorno disfórico premenstrual, inhibidores de la recaptación de serotonina.

## ABSTRACT

**Background:** Premenstrual dysphoric disorder is the set of somatic and psychic changes that produces physical, mental and social disability in reproductive women. occurs about a week before the start of menstruation. **Objective:** To describe the diagnostic criteria and therapeutic management of premenstrual dysphoric syndrome in women of childbearing age in primary health care. **Materials and methods:** The study corresponds to a bibliographic review of scientific articles in quartiles one and two in databases such as: Pubmed, Cochrane, Elsevier, published in the last five years and in high impact scientific journals. **Results:** 17 scientific articles were obtained from the different digital search platforms, the review revealed that the aggravating factors of this disorder are advanced age, low economic class, lack of employment and stress, the first-line treatment will be the reuptake inhibitors of serotonin due to is these relieve both psychiatric and somatic symptoms. **Conclusion:** This disorder can alter the quality of life of patients causing mood disorders, anxiety and suicide risk, in primary care it is recommended that these symptoms be taken into account for a timely identification and management of said pathology.

**Key Words:** premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, serotonin reuptake inhibitors.



## ÍNDICE

PORTADA.....	1
ÍNDICE.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
DESARROLLO.....	7
• ASPECTOS GENERALES DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.....	7
• CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.....	8
• CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.....	9
• CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.....	10
• CRITERIOS TERAPÉUTICOS EN EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.....	12
CONCLUSIÓN.....	15
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	16
ANEXO 1.....	19

## INTRODUCCIÓN

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es la exacerbación patológica de cambios somáticos y psíquicos que ocurren en la fase luteínica, lo cual produce incapacidad física, psíquica y social en mujeres en edad fértil. (1) Debido a esto, muchas de ellas llegan a la consulta psicológica con trastornos del ánimo y dificultad para evaluar las situaciones del entorno de manera racional, adecuada y adaptativamente lo que más trastorna su vida, limitando y comprometiendo de manera profunda sus labores diarias. (2)

A nivel global tenemos que la prevalencia del síndrome premenstrual fluctúa entre el 20 - 40% a nivel mundial, mientras que el TDPM varía entre un 3 - 8% según datos de Estados Unidos; además en Chile en el año 2018 se reportó que la mitad de las mujeres sufren de este síndrome. (3) Encontramos que la prevalencia reportada en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a edición) fluctúa entre el 1,8 - 5,8% de las pacientes en edad fértil.(4)

El TDPM figura como trastorno depresivo en el DSM-5 con la referencia N94.3. (4) Ocurre al inicio de la menstruación alrededor de una semana antes y se manifiesta por labilidad afectiva intensa, irritabilidad, depresión, ansiedad, abulia, dificultad de concentración, letargo, hipersomnias o insomnio, dolor o tumefacción mamaria, artralgia o mialgia, los síntomas pueden ser de moderados a graves que pueden causar angustia significativa y deterioro funcional. (5)

Al evaluar el TDPM es esencial determinar el inicio de la sintomatología la cual debe ocurrir durante la fase lútea y desaparecer posterior al inicio de la menstruación, además debemos tener en cuenta trastornos como depresión, ansiedad, migraña, anemia, endometriosis y el hipotiroidismo a la hora de diagnosticar este síndrome.(6)

La prevalencia del TDPM afecta a una gran proporción de las pacientes, las cuales presentan repercusiones en la esfera psicosocial, por lo cual he decidido realizar esta investigación. Por ende, el objetivo es describir los criterios diagnósticos y manejo terapéutico del TDPM en mujeres de edad fértil en atención primaria de salud.(7)

## **DESARROLLO**

### **ASPECTOS GENERALES DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.**

El periodo menstrual común tiene una duración de más o menos 28 días, es la etapa que comprende el tiempo entre el inicio de una menstruación y el inicio de la siguiente, está regido por el eje hipotálamo hipófisis gonadal, se define por tener un ciclo ovárico propiamente dicho que integra la fase proliferativa, ovulatoria y lútea; a la par con el ciclo ovárico se forman una sucesión de cambios en el endometrio, que se denomina ciclo uterino que posee una fase menstrual proliferativa y secretora.(8)

El flujo hormonal hipotálamo-hipófisis-gonadal, se encuentra en reposo relativo en la niñez, el cual se activa en la adolescencia al acrecentar la secreción de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotrofinas (GnRH), la misma que se secreta en forma pulsátil, además esta provoca la síntesis y liberación de hormona luteinizante (LH) y foliculoestimulante (FSH) las que actúan en el ovario. (9)

La FSH produce el desarrollo de las células germinales al ejercer su acción sobre las células de la granulosa, al mismo tiempo la LH provoca la disolución del folículo preovulatorio y la liberación del ovocito lo que es fundamental para que ocurra la ovulación; además va a proceder ejerciendo su acción en las células de la teca de forma simultánea para la regulación de las concentraciones de las hormonas esteroideas. (10)

Las gónadas femeninas están formadas por tres capas: la región cortical es la más externa la cual está compuesta por epitelio germinativo como folículos, seguida por la región medular formada por tejido conjuntivo, células intersticiales, células contráctiles y el hilio que penetra al ovario, los ovarios tienen varias funciones como: la creación de ovocitos, esteroides y péptidos hormonales, los cuales crean un ambiente favorable para la fertilización e implantación del cigoto en el endometrio.(1)

Dentro del ciclo ovárico es en la fase luteínica donde se han descrito que algunas mujeres podrían presentar el TDPM, por ende, encontramos que a nivel global tenemos que una prevalencia del síndrome premenstrual que fluctúa entre el 20 - 40% a nivel mundial, mientras que el TDPM varía entre un 3 - 8% según datos de Estados Unidos; además en Chile en el año 2018 se reportó que la mitad de las mujeres sufren de este síndrome. (3) Encontramos que la

prevalencia reportada en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a edición) fluctúa entre el 1,8 - 5,8% de las pacientes en edad fértil.(4)

### **CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.**

Según el DSM 5 en el año 2016 define que el TDPM se presenta como una colección de síntomas psicológicos, conductuales y físicos de moderados a grave intensidad, las que se van a presentar en la última semana, antes del inicio de la menstruación, los cuales deben mejorar en la semana posterior al inicio de la menstruación y volverse mínimos o ausentes en la semana posmenstrual, la paciente deberá experimentar por lo menos 5 síntomas, de los cuales deben presentarse uno o más síntomas del estado de ánimo, estos causan angustia e interferencia con las diferentes actividades de la vida diaria de la paciente.(11)

The American College of Obstetricians and Gynecologists, en el año 2017 definió el síndrome disfórico premenstrual como una condición en la que una mujer experimenta al menos un síntoma afectivo y un síntoma somático los cuales afectan de forma marcada a la paciente y causan una disfunción en el desempeño social, académico o laboral.(12) ver tabla 1

<b>TABLA 1. SINTOMATOLOGÍA FRECUENTE EN EL TDPM</b>	
<b>Síntomas afectivos</b>	<b>Síntomas somáticos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrebatos de ira</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Confusión</li> <li>- Depresión</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Retiro social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distensión abdominal</li> <li>- Sensibilidad o hinchazón de las mamas</li> <li>- Cefalea</li> <li>- Mialgia o artralgia</li> <li>- Edema en extremidades</li> <li>- Aumento de peso</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Según Epperson en el Asian Journal of Psychiatry en 2018 refiere que la sintomatología debe ser cíclica, la cual comenzará después de la ovulación y se resolverá poco después del inicio de la menstruación, la paciente deberá cumplir con al menos cinco de los siguientes síntomas: labilidad marcada, irritabilidad, depresión ansiedad marcadas, abulia, letargo, cambio marcado en el apetito, hipersomnias o insomnio, sensibilidad de los senos, artralgias o mialgias y aumento de peso, estos deberán presentarse en la semana anterior a la menstruación y mejorar unos días después del inicio de la menstruación. (5)

## **CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.**

En un estudio en un *Journal of Contraception* en 2016 publicado por Lete, mostró que existe evidencia de una relación entre este síndrome y los cambios en ciertos metabolitos de la progesterona durante el ciclo menstrual, además los neurotransmisores, especialmente el ácido gamma-aminobutírico y la serotonina, parecen estar involucrados en las manifestaciones del este síndrome, específicamente, algunos estudios han encontrado que el receptor GABA es menos receptivo y han encontrado niveles más bajos de esta sustancia durante la fase lútea del ciclo menstrual. y esto puede explicar el posible efecto beneficioso del uso de AHC en el tratamiento de esta afección.(7)

Según Eisenlohr-Moul en el 2017 del *American Journal of Psychiatry* refiere que se desconoce la etiología exacta del trastorno disfórico premenstrual, sin embargo, existen factores de riesgo asociados con el desarrollo de este, los factores de riesgo probados pueden ser eventos traumáticos pasados y los trastornos de ansiedad preexistentes, los cuales son factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno; otro factor es el tabaquismo, el riesgo es elevado incluso para los exfumadores, y el riesgo tiende a aumentar con la cantidad de cigarrillos que se fuman, el cual es significativamente mayor para las mujeres que comenzaron a fumar durante la adolescencia. (4)

Ann Yonkers en 2018 de la *American Journal of Obstetrics and Gynecology* describe que entre el TDPM y el índice de masa corporal (IMC) existe una relación se encontró en este estudio que por el aumento de cada 1 kg / m<sup>2</sup> hubo un aumento asociado significativo (3%), por lo cual el riesgo de síndrome premenstrual aumenta significativamente en mujeres con un IMC igual o superior a 27,5 en comparación con las mujeres con un IMC inferior a 20,0 kg / m<sup>2</sup>. (2)

En el *Journal de Biological Psychiatry* del autor Baller en 2019 aporta que existen riesgos especulativos como la genética en la cual los estudios en gemelos han implicado factores hereditarios en el desarrollo del trastorno disfórico premenstrual, estudios recientes respaldan la participación del gen que codifica el receptor serotoninérgico 5HT1A y las variantes alélicas del gen del receptor de estrógeno alfa (ESR1) en el desarrollo de este trastorno.(13)

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.

El DSM 5 considera a este síndrome como un trastorno depresivo, su diagnóstico requiere al menos 1 síntoma psicológico marcado como labilidad afectiva, irritabilidad o estado de ánimo deprimido y al menos 4 síntomas adicionales, se requieren dos meses de calificaciones diarias de los síntomas para confirmar que los síntomas son cíclicos e interfieren con la vida diaria.(14) Ver tabla 2.

<b>Tabla 2. Criterios del trastorno disfórico premenstrual según el DSM 5</b>	
<b>CRITERIO A</b>	<b>CRITERIO B</b>
<p>Evidenciar mínimo 5 síntomas que deben presentarse antes de la menstruación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Irritabilidad o enojo marcados</li> <li>● Estado de depresión</li> <li>● Ansiedad y tensión marcadas</li> <li>● Dificultad para concentrarse</li> <li>● Letargo y falta de energía marcada</li> <li>● Cambio marcado en el apetito</li> <li>● Hipersomnias o insomnio</li> <li>● Sentirse abrumado o fuera de control</li> <li>● Sensibilidad de los senos, artralgia o mialgia, aumento peso</li> </ul>	<p>De los síntomas a continuación descritos debe existir 1 o más</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Intensa labilidad emocional</li> <li>● Irritabilidad acentuada, enojo</li> <li>● Disminución del estado de ánimo, desesperanza o autodesprecio.</li> <li>● Tensión, ansiedad, y/o sensación aumentada de estar excitada</li> </ul>
<b>CRITERIO C</b>	<b>CRITERIO D</b>
<p>En combinación con los síntomas del criterio B se debe lograr 5 síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio o hipersomnias.</li> <li>- Falta de control.</li> <li>- Mialgias o artralgias, sensibilidad en mamas, incremento de peso.</li> </ul>	<p>Los síntomas se relacionan a incomodidad significativa o injerencia con actividades diarias</p>
<b>CRITERIO E</b>	<b>CRITERIO F</b>
<p>Los signos y síntomas de este trastorno no son una exacerbación de otro trastorno.</p>	<p>Enunciado A debe verificarse con herramientas diarias por 2 ciclos sintomáticos.</p>
<b>CRITERIO G</b>	
<p>•Los síntomas no pueden adjudicarse a efectos de medicamentos o drogas</p>	

Fuente: Elaboración propia

Pearlstein en 2017 de la Psychiatric Clinics of North America refiere que este trastorno comprende síntomas del estado de ánimo como ansiedad, depresión, irritabilidad, ira o labilidad afectiva; síntomas físicos como hinchazón o dolor muscular; y otros síntomas, como falta de concentración, disminución de los intereses, letargo y cambios en el sueño y el apetito, los cuales deben estar presentes en varios ciclos menstruales, aparecer en la semana anterior al inicio del período menstrual y disminuir y desaparecer poco después del inicio del período, además para merecer el estado de diagnóstico, los síntomas deben causar una angustia significativa o un deterioro en las esferas de funcionamiento laboral, social o interpersonal.(15)

Según Stute en 2017 en la Revista de Endocrinología Ginecológica en la primera consulta debe cubrir los siguientes aspectos como historial menstrual: frecuencia, duración, pesadez, dolor, regularidad, amenorrea, último período menstrual, embarazo, historial de síndrome premenstrual, edad de inicio, momento, gravedad, ausencia de después de la menstruación, intervalo libre de síntomas durante el período folicular, deterioro, interferencia ámbito laboral, educativo, social y familiar lo cual se presentará en un intervalo de al menos 3-5 días; además se debe investigar problemas médicos subyacentes que empeoren antes del inicio de la menstruación, tolerancia al tratamiento hormonal previo o en curso, disposición para el uso de métodos anticonceptivos y debemos indagar si la paciente tiene pensamientos suicidas.(10)

En otro estudio Pearlstein en 2017 de la Psychiatric Clinics of North America, recomienda que se realice un análisis de laboratorio, de preferencia del 2do al 5to de ciclo ovulatorio con un ayuno en horas de la mañana 8 a 9 am, los cuales estarán en relación a la etapa reproductiva y en relación a problemas subyacentes, se deben realizar análisis de laboratorio como FSH, estradiol, TSH, prolactina y cortisol, dado que los síntomas del síndrome disfórico premenstrual son inespecíficos y se superponen con los de otras afecciones, se requiere un inventario de síntomas prospectivo válido y confiable para confirmar el diagnóstico. (15)

Appleton en 2018 publicó en el Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology que con mayor frecuencia se presentaron sintomatología psiquiátrica como: labilidad afectiva marcada, sensibilidad al rechazo, mayor irritabilidad, ira, estado de ánimo deprimido, sentimientos de inutilidad, ansiedad, tensión, en cuanto a los síntomas físicos se presentaron en menor cantidad que los psiquiátricos, algunos de los que fueron reportados son: abulia, dificultad para concentrarse, letargo, poca energía, fatiga, cambios en el apetito, insomnio o hipersomnia, sensibilidad o hinchazón de los senos, mialgia, artralgia, aumento de peso.(8)

En el Consenso Suizo en 2018, se presentaron diversas herramientas a disposición de las pacientes, se concluyó que la más efectiva es el formulario Registro diario de gravedad de problemas (DRSP), la cual ha sido validado como un cuestionario autoadministrado de forma prospectiva, es el más manejado al menos en pacientes de habla inglesa, esta se utilizará para establecer la presencia de los criterios diagnósticos, esta es una herramienta válida y confiable ya que será manejada por la propia paciente y correlacionaran con los criterios diagnósticos, las pacientes clasifican sus síntomas a lo largo de al menos dos ciclos menstruales y se lo debe realizar desde el primer día de la menstruación. (9) Ver en anexo 1.

### **CRITERIOS TERAPÉUTICOS EN EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL.**

Se ha probado una gran cantidad de tratamientos para el trastorno disfórico premenstrual, los cuales incluyen tratamientos hormonales, acupuntura, psicoterapia, yoga, ejercicio aeróbico, suplementos minerales como el calcio, suplementos nutricionales como vitaminas, ácidos grasos omega-3, suplementos a base de hierbas como Ginkgo biloba, Crocus sativus y por último medicamentos antidepresivos, otras intervenciones han incluido restricción de sal, restricción de cafeína, agentes diuréticos y medicamentos antiinflamatorios.(16)

Los estudios realizados por Cerqueira 2017 en el Journal of Archives of Women's Mental Health refiere el uso de azafrán, hierba de San Juan, ginkgo, vitex agnus-castus, menta, raíz de angélica, dientes de dragón, cúrcuma, hoja de mandarina y naranja amarga pero se necesitan ensayos más amplios para apoyar el uso de estos agentes como tratamiento de primera línea.(17)

En otro estudio de Epperson en 2018 en el Asian Journal of Psychiatry refiere que la psicoterapia es importante porque mediante esta podemos educar a la paciente para aplicar técnicas de relajación como respiraciones, repetición de palabras, frase o actividad muscular, el empleo de aromaterapia y luminoterapia además se puede fomentar a las pacientes a realizar grupos de ayuda en los que estas puedan sentirse identificadas y empatizar con otras que sufran los mismos estragos de este síndrome.(5)

En otro estudio de Appleton en el 2017 refiere que la terapia cognitiva conductual enseña a los pacientes formas de examinar los patrones negativos y a reemplazar con formas más adaptativas de ver los acontecimientos de la vida, incluye el control de ira, interrupción del pensamiento y la reducción de emociones negativas a través de la reestructuración cognitiva.(8)



En otro estudio de Hofmeister de la Biological Psychiatry Journal en 2017 refiere como tratamiento de primera línea para los síntomas graves a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina), los cuales han demostrado que alivian algunos de los síntomas psiquiátricos de este trastorno, aunque se pueden presentar algunos efectos adversos como náuseas, astenia, fatiga y disfunción sexual, todas las dosis de ISRS parecían ser efectivas para los síntomas psiquiátricos y se pueden ajustar a la tolerabilidad del paciente.(6)

En una publicación de Cochrane de 2018 analizó 40 ensayos aleatorios controlados los cuales realizaron una comparación entre los ISRS y el placebo para conseguir el alivio de la sintomatología, los resultados fueron positivos para cada uno de los cinco ISRS estudiados debido a que tuvieron beneficios significativos sobre la sintomatología reportada por cada paciente de este estudio, los ISRS fueron administrados de forma continua o durante la fase lútea, pero se necesitará de más estudios que ofrezcan datos que puedan realizar una comparación entre la administración en forma continua y en la fase lútea. (13)

En un estudio pequeño del autor Epperson, en 2018 en el Asian Journal of Psychiatry se estudió a la quetiapina la cual es un antipsicótico que junto a los ISRS son tratamiento adyuvante para pacientes con TDPM con el objetivo de mejorar el estado de ánimo de la fase lútea en mujeres que no responden al tratamiento con ISRS, en este estudio 20 mujeres comenzaron con 25 mg de quetiapina y fueron seguidas durante tres ciclos menstruales, la labilidad del estado de ánimo de la fase lútea, la ansiedad y la irritabilidad se redujeron en el grupo quetiapina. (5)

En un estudio del autor Lete en el Journal of Contraception en 2018 han apuntado que los anticonceptivos orales brindan beneficios al tratar los síntomas físicos y psiquiátricos del síndrome premenstrual, se exploraron cuatro ensayos sobre la aplicación continua de 90 mcg de levonorgestrel / 20 mcg de etinilestradiol en mujeres que indagaron en sus síntomas del TDPM, se identificó una mejora en los síntomas depresivos y físicos en un 30% al 59%, se produjo una mayor respuesta al placebo, lo que sugiere que se produjo una mayor mejoría en mujeres con síntomas predominantemente psiquiátricos que responden al placebo al inicio del estudio. (7)

Una revisión Cochrane de 2018 publicada por el autor Pearlestein sobre anticonceptivos orales que contienen drospirenona evaluó cinco ensayos con 1.920 mujeres, los resultados mostraron que la combinación de 3 mg de drospirenona y 20 µg de etinilestradiol disminuye la

interferencia de la calidad de vida de la paciente en cuanto a su productividad diaria y en el área social en pacientes femeninas con TDPM, por lo cual el resultado muestra que los anticonceptivos orales combinados y sin drospirenona parecen tener efectos favorables para el alivio de síntomas como hinchazón abdominal, mastalgia, cefalea, aumento de peso y edema en extremidades. (13)

Las directrices de la sociedad internacional de trastornos premenstruales en 2018 abordaron que los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas como tratamiento potencial del síndrome disfórico premenstrual mediante la eliminación de los síntomas de la fase lútea, aunque estos medicamentos se han utilizado desde la década de 1980 y son eficaces, no son prácticos para su uso a largo plazo debido a los mayores riesgos cardiovasculares y de osteoporosis asociados con el uso prolongado. (6)

La histerectomía con ooforectomía debe considerarse una opción de tratamiento de último recurso para las mujeres con TDPM grave que no han respondido o no pueden tolerar los tratamientos estándar, antes de realizar la histerectomía se debe obtener una confirmación preliminar del alivio del TDPM con supresión de la ovulación con un agonista de GnRH.(3)

## **CONCLUSIÓN**

En el trastorno disfórico premenstrual se debe tener en cuenta factores como edad avanzada, estrés, clase económica baja, mujeres sin ocupación; que pueden alterar la calidad de vida de las pacientes ocasionando trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y riesgo de suicidio. Es recomendable, que en atención primaria en salud se tengan en cuenta estos componentes para una oportuna identificación y manejo de dicho síndrome.

El criterio terapéutico deberá ser individualizado y se enfocará según las manifestaciones clínicas, estilos de vida y trastornos psicoafectivos; dicha terapéutica podría estar en relación al uso de un ISRS o un anticonceptivo con drospirinona/estradiol, sólo una fracción de las mujeres requerirá el uso de un agonista de GnRH.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Carvalho AB, Cardoso T de A, Mondin TC, da Silva RA, Souza LD de M, Magalhães PV da S, et al. Prevalence and factors associated with Premenstrual Dysphoric Disorder: A community sample of young adult women. *Psychiatry Res.* 2018;268:42–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117322916?via%3Dihub>
2. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;218(1):68–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28571724/>
3. Mar Fernández M, Regueira-Méndez C, Takkouche B. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PLoS One.* 2019;14(3):1–13. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212557>
4. Eisenlohr-Moul TA, Girdler SS, Schmalenberger KM, Dawson DN, Surana P, Johnson JL, et al. Toward the reliable diagnosis of DSM-5 premenstrual dysphoric disorder: The Carolina premenstrual assessment scoring system (C-PASS). *Am J Psychiatry.* 2017;174(1):51–9. Disponible en: [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15121510?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15121510?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&)
5. Epperson CN, Hantsoo L V. Making strides to simplify diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry.* 2017;174(1):6–7. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291290/>
6. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician.* 2016;94(3):236–40. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2016/0801/p236.html>
7. Lete I, Lapuente O. Contraceptive options for women with premenstrual dysphoric disorder: current insights and a narrative review. *Open Access J*

- Contracept. 2016;Volume 7:117–25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5683150/>
8. Appleton SM. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(1):52–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29298169/>
  9. Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 17(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890701/>
  10. Stute P, Bodmer C, Ehlert U, Eltbogen R, Ging A, Streuli I, et al. Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland. *Gynecol Endocrinol [Internet]*. 2017;33(5):342–8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09513590.2017.1284788>
  11. Rapkin AJ, Korotkaya Y, Taylor KC. <p>Contraception counseling for women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD): current perspectives</p>. *Open Access J Contracept.* 2019;Volume 10:27–39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6759213/>
  12. Yonkers KA, Kornstein SG, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Symptom-onset dosing of sertraline for the treatment of premenstrual dysphoric disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(10):1037–44. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2436278>
  13. Baller EB, Ross DA. Premenstrual Dysphoric Disorder: From Plato to Petri dishes. *Biol Psychiatry [Internet]*. 2019;85(12):e63–5. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006-3223\(19\)31288-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006-3223(19)31288-0)
  14. Palareti G, Legnani C, Cosmi B, Antonucci E, Erba N, Poli D, et al. Effects of GABA active steroids in the female brain with focus on the premenstrual dysphoric disorder. *Int J Neuroendocrinol.* 2016;38(1):42–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jne.12553>

15. Pearlstein T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2017;40(2):201–16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X17300059?via%3Dihub>
16. Shams-Alizadeh N, Maroufi A, Rashidi M, Roshani D, Farhadifar F, Khazaie H. Premenstrual dysphoric disorder and suicide attempts as a correlation among women in reproductive age. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2018;31:63–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201817306895?via%3Dihub>
17. Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(6):713–9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-017-0791-0>

ANEXO 1

**eTable A. Daily Record of Severity of Problems for Diagnosis of Premenstrual Dysphoric Disorder**

Symptoms	Day of menstrual cycle (day 1 is the start of the menstrual period)																																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
Felt depressed or sad																																					
Felt hopeless																																					
Felt worthless or guilty																																					
Felt anxious or tense																																					
Had mood swings																																					
Feelings were more easily hurt																																					
Felt angry or irritable																																					
Had conflicts with people																																					
Had less interest in activities																																					
Had trouble concentrating																																					
Felt tired or lacked energy																																					
Had increased appetite																																					
Had food cravings																																					
Slept more or had trouble waking up																																					
Had trouble getting to sleep or staying asleep																																					
Felt overwhelmed																																					
Felt out of control																																					
Had breast tenderness																																					
Had breast swelling or weight gain, or felt bloated																																					
Had headache																																					
Had joint or muscle pain																																					
At least one of the problems noted above caused reduced productivity at work, school, or home																																					
At least one of the problems noted above interfered with hobbies or social activities																																					
At least one of the problems noted above interfered with relationships with others																																					
Menstrual flow: H = heavy, M = medium, L = light or spotting (leave blank for no bleeding)																																					

NOTE: Patients should record the score for each item on each day using the following scale: 1 = not at all, 2 = minimal, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = severe, 6 = extreme. If during the mid-follicular phase (days 6 through 10) the patient has an average daily score greater than 3 for any symptom, an alternative diagnosis should be sought. Excused symptoms include appetite for obese patients, insomnia with good reasons, or pain from physical illness. The week before menses, the patient should score at least 4 for at least two days on five symptoms that correlate with premenstrual dysphoric disorder diagnostic criteria (Table 2). The week before menses, the patient should score at least 4 for at least two days on at least one impairment item. The patient must meet these criteria for two consecutive cycles or two out of three cycles. Clinical judgment should correlate with the assessment of daily ratings.

Information from Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. Arch Womens Ment Health. 2006;9(1):41-49.