



Boletín SOCHEG

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica



Síndrome Premenstrual

Edición N° 3, Noviembre 2018

ISBN 978-956-09285-6-6

www.socheg.org



www.socheg.org

Comité Editorial

- **Director Boletín:**
Dr. Patricio Barriga P.
- **Editores encargados:**
Dr. Sergio Brantes G.
Dr. Arnaldo Porcile J.
Dr. Sócrates Aedo
- **Comité Científico:**
Dra. Paula Vanhauwert S.
Dr. Pablo Lavín A.
Dr. Enzo Devoto
Dr. Rodrigo Carvajal
Dr. Rodrigo Macaya
Dra. Verónica Chamy P.
Dra. Macarena Castiglione
Dra. Paulina Villaseca
Dra. Marcela López

Directorio SOCHEG:

Dr. Patricio Barriga P. (Presidente)
Dr. Sergio Brantes G. (Paspresidente)
Dr. Arnaldo Porcile J. (Ex-Presidente)
Dra. Paula Vanhauwaert S (Vicepresidente)
Dra. Marcela López P. (Secretaria General)
Dr. Rodrigo Macaya P. (Tesorero)
Dra. Claudia Campusano M.(Directora)
Dr. Luigi Devoto C. (Director)
Dr. Pablo Lavín A. (Director)
Dra Andrea Von Hoveling (Directora)

Consejeros Regionales:

Dr. Juan Carlos Carvajal V. (Antofagasta)
Dra. Macarena Castiglione (Concepción)
Dra. Verónica Chamy P. (Valparaíso)
Dr. Eric Fritz Jara (Antofagasta)
Dr. Humberto Hott Aldea (Valdivia)
Dr. Alessandro Olivari M. (Concepción)

Consejeros:

Dr. Sócrates Aedo M.
Dr. Ítalo Campodónico G.
Dr. Angelo Castiglione D.
Dr. Luis Cruzat T.
Dr. Luis Espinoza V.
Dr. Guillermo Galán C.
Dr. Reinaldo Gonzalez R
Dra. Amanda Ladrón de Guevara H.
Dra. Abril Salinas Q.
Dr. Juan Enrique Schwarze M.
Dr. Alberto Palominos A.
Dr. Manuel Parra A.
Dr. Ernesto Pizarro O.

Temario

Síndrome Premenstrual

- ▶ Definición 3
- ▶ Clasificación 3
- ▶ Flujograma de la Clasificación del Síndrome premenstrual 4
- ▶ Manejo 5
- ▶ Manejo médico hormonal del síndrome premenstrual 7
- ▶ Manejo médico no hormonal del síndrome premenstrual 8
- ▶ Puntos a recordar 9



El síndrome premenstrual (SPM) abarca una gran variedad de síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, irritabilidad, pérdida de confianza y cambios de humor. También hay síntomas físicos, típicamente distensión abdominal y mastodinia. Otros síntomas incluyen dolor articular, dolor muscular, dolor de espalda, cefalea, trastornos de la piel, aumento de peso, edema en extremidades (manos, pies, o ambos).

La paciente debe tener manifestaciones características de la enfermedad, y estas deben ser lo suficientemente graves como para interferir con el trabajo diario y las actividades sociales y que además que se repitan en cada ciclo menstrual. Los síntomas deben estar presentes durante los 5 días antes de la menstruación y por lo menos en tres ciclos menstruales consecutivos, terminar al cabo de 4 días del comienzo de esta e interferir en algunas de sus actividades normales. Los síntomas y las fechas menstruales deben ser seguidos de forma prospectiva para establecer la sincronía entre la fase lútea y el aumento de los síntomas. Los síntomas físicos son iguales tanto para SPM como para el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM).

Cobran relevancia el momento y la magnitud de los síntomas que inciden en la actividad diaria para respaldar el diagnóstico. El tipo de síntomas que experimenta una mujer en forma individual no modifica el diagnóstico. Para diferenciar una menstruación fisiológica de los síntomas propios del síndrome premenstrual, se debe demostrar que los síntomas causan un deterioro significativo de la calidad de vida de esa mujer durante la fase lútea del ciclo menstrual.

Clasificación

Los trastornos premenstruales centrales (PMD, por sus siglas en inglés) son el tipo de síndrome premenstrual más común de observar y ampliamente reconocidos. Como con todos los PMD, los síntomas deben ser lo suficientemente graves como para afectar el funcionamiento diario o interferir con el trabajo, rendimiento escolar o las relaciones interpersonales. Los síntomas de los PMD centrales son inespecíficos y recurrentes en los ciclos ovulatorios. Deben estar presentes durante la fase lútea y disminuir a medida que comienza la menstruación, seguido por al menos una semana sin síntomas. No hay límite en el tipo o la cantidad de síntomas experimentados, sin embargo, algunas personas tendrán síntomas predominantemente psicológicos, somáticos o una mezcla de síntomas (Apéndice II).

También hay PMD que no cumplen con los criterios para PMD centrales. Estos se denominan “variantes del PMD” y se clasifican en cuatro subtipos:

1. Exacerbación premenstrual de un trastorno subyacente, como diabetes, depresión, epilepsia, asma y migraña. Estos pacientes experimentarán síntomas relevantes a su trastorno a lo largo del ciclo menstrual.
2. PMD no ovulatorios son los que ocurren en presencia de actividad ovárica sin ovulación. Esto es poco entendido debido a la falta de pruebas, pero se cree que la actividad folicular del ovario puede provocar síntomas.
3. PMD inducidos por progestágeno son causados por progestágenos exógenos presentes en una terapia de reemplazo hormonal (TRH) o en la anticoncepción hormonal combinada (AHC). Esto reintroduce los síntomas a las mujeres que pueden ser particularmente sensible a los progestágenos. Aunque los anticonceptivos con solo uso de progestágeno pueden introducir síntomas, pero que no son cíclicos, no están incluidos dentro de las variantes de PMD y se consideran efectos adversos.
4. PMD con menstruación ausente incluyen mujeres que todavía tienen un ciclo ovárico funcional, pero por razones como la histerectomía, la ablación endometrial o el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU - LNG) no menstrúan.

Un término adicional, el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) clasificado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1983, requiere el cumplimiento de criterios estrictos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) exige cinco de los 11 síntomas estipulados, uno de los cuales debe incluir el estado de ánimo. (Figura 1)

Figura 1.

TDPM*

*cinco o más de los siguientes síntomas (incluyendo al menos uno de los consignados de 1 a 4)

- | | |
|---|--|
| 1) Se siente deprimida | 8) Tiene cambios en el apetito, come demasiado o siente deseos intensos de consumir ciertos alimentos. |
| 2) Se siente tensa, ansiosa o “con los nervios de punta”. | 9) Tiene dificultad para dormir o duerme demasiado. |
| 3) Es temperamental o llora a menudo. | 10) Se siente abrumada |
| 4) Está constantemente irritable y enojada hasta el punto de tener conflictos con otras personas. | 11) Tiene síntomas fisiológicos como sensibilidad mamaria, dolor de cabeza, articular o muscular, distensión abdominal o de aumento de peso. |
| 5) Ha perdido el interés por lo que antes disfrutaba. | |
| 6) Tiene dificultad para concentrarse. | |
| 7) Tiene poca energía | |

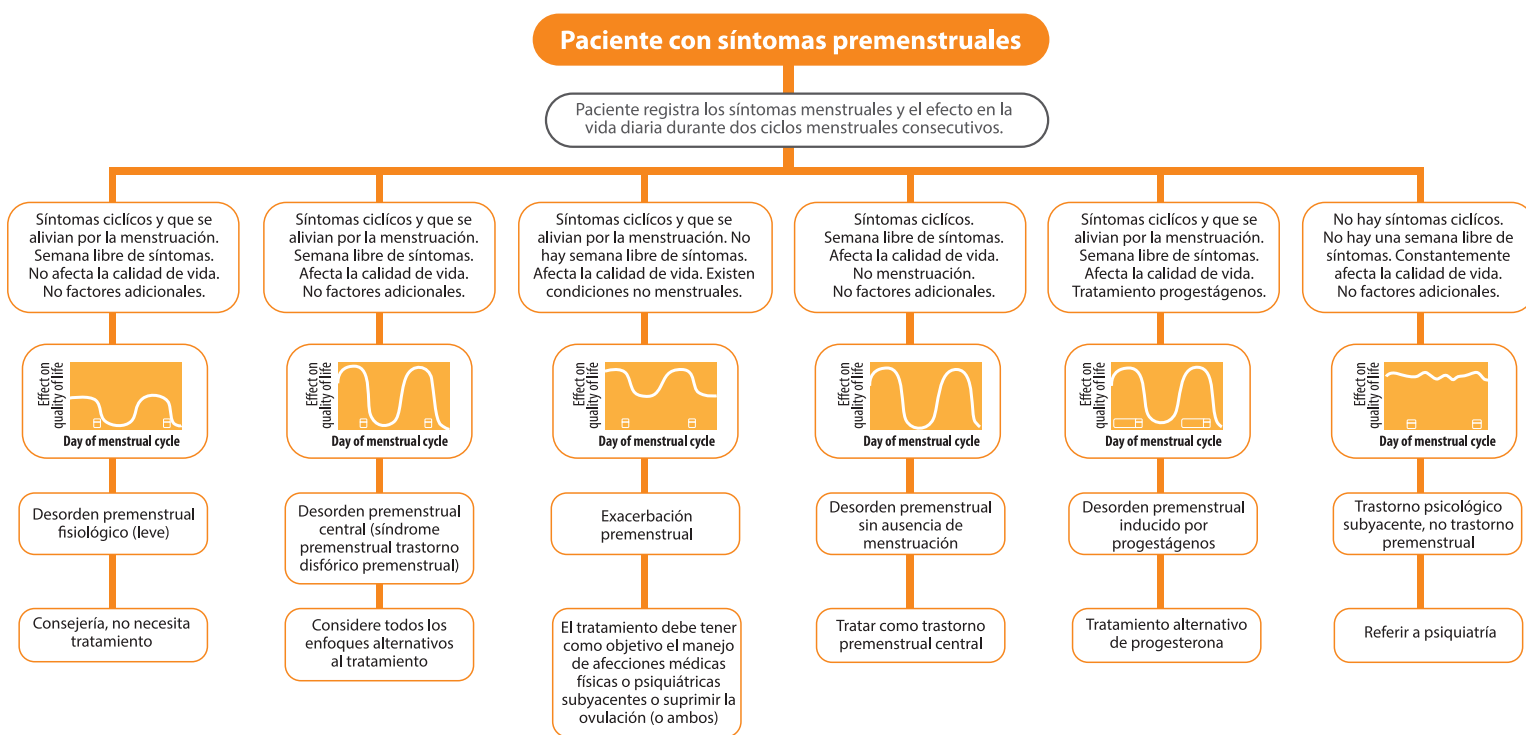
Los síntomas deben estar presentes en la última semana antes del inicio de **la menstruación**, empezar a mejorar pocos días después del inicio de **la menstruación** y desaparecer totalmente o prácticamente una semana después.

Además:

- La mujer debe estar en edad fértil. En la mujer menopáusica (química o quirúrgica) se necesita cuantificar mediante análisis de sangre la fase lútea y folicular.
- Las alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo y las relaciones interpersonales.
- La alteración no responde a una exacerbación de otro trastorno mental ya existente.
- El primer criterio debe corroborarse en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos.
- Todos estos síntomas deben haberse producido la mayoría de los meses del último año (al menos 2 meses consecutivos), y es definitiva su completa desaparición poco después del inicio de la menstruación.
- Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general.
- El patrón más típico parece ser el que se caracteriza por la aparición de los síntomas en la semana que antecede a la menstruación y su completa desaparición al segundo día de iniciarse ésta.

Los síntomas deben ocurrir estrictamente en la fase lútea y deben ser lo suficientemente severos como para interrumpir el funcionamiento diario. Sin embargo, estos criterios restrictivos pueden excluir a mujeres con un rango acotado de síntomas severos que deberían recibir tratamiento. Se debe tener cuidado de no etiquetar a las mujeres con trastornos psiquiátricos o somáticos subyacentes que no parecen ser influenciados por el ciclo menstrual como ocurre con el SPM (Figura 2)

Figura 2. Flujograma de la Clasificación del Síndrome premenstrual



Prevalencia y etiología

Cuatro de cada diez mujeres (40%) experimentan síntomas de síndrome premenstrual y de estos 5-8% sufren de síndrome premenstrual severo. Aunque la etiología sigue siendo incierta, involucra a las hormonas que se generan durante el ciclo menstrual, lo que se ve reforzado por la ausencia de SPM antes de la pubertad, el embarazo y después de la menopausia. Existen dos teorías que parecen interrelacionadas. La primera sugiere que algunas mujeres son más "sensibles" a los niveles plasmáticos de progesterona o de progestágenos, ya que las concentraciones plasmáticas, tanto de estrógeno o de progesterona es la misma en aquellas mujeres con o sin síndrome premenstrual. La segunda teoría implica a los neurotransmisores serotonina y ácido c-amino butírico (GABA). El receptor GABA-A posee un sitio de unión para la progesterona, y su activación incrementa la frecuencia de apertura del canal de Cl⁻, dando paso a hiperpolarización neuronal y ejerciendo acciones sedantes y ansiolíticas. Los receptores de serotonina responden al estrógeno y la progesterona, de esta forma los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) reducen los síntomas del síndrome premenstrual. Los niveles de GABA están modulados por el metabolito de progesterona, la alopregnanolona, que en mujeres con síndrome premenstrual están disminuidos.

Diagnostico

Es clínico y ofrece dificultad 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

Diagnósticos diferenciales

- Depresión
- Ansiedad
- Climaterio premenopáusico
- Síndrome de cansancio crónico
- Síndrome de colon irritable
- Enfermedad tiroidea

Manejo

¿Cómo se diagnostica el síndrome premenstrual (SPM)?

Quando se analiza clínicamente a mujeres con síndrome premenstrual, los síntomas se deben registrar prospectivamente a lo largo de dos ciclos usando un diario de síntomas, ya que el recuerdo retrospectivo de los síntomas no es confiable. La paciente debe completar un diario de síntomas antes de comenzar el tratamiento (figura 3).

DAILY RECORD OF SEVERITY OF PROBLEMS																																		
Please print and use as many sheets as you need for at least two FULL months of ratings.		Name or Initials _____																																
		Month/Year _____																																
Each evening note the degree to which you experienced each of the problems listed below. Put an "x" in the box which corresponds to the severity: 1 - not at all, 2 - minimal, 3 - mild, 4 - moderate, 5 - severe, 6 - extreme.																																		
Enter day (Monday = "M", Thursday = "Th", etc) >																																		
Note spotting by entering "S" >																																		
Note menses by entering "M" >																																		
Begin rating on correct calendar day >		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		
1	Felt depressed, sad, "down", or "blue" or felt hopeless, or felt worthless or guilty																																	
2	Felt anxious, tense, "keyed up" or "on edge"																																	
3	Had mood swings (i.e., suddenly feeling sad or tearful) or was sensitive to rejection or feelings were easily hurt																																	
4	Felt angry, or irritable																																	
5	Had less interest in usual activities (work, school, friends, hobbies)																																	
6	Had difficulty concentrating																																	
7	Felt lethargic, tired, or fatigued; or had lack of energy																																	
8	Had increased appetite or overate; or had cravings for specific foods																																	
9	Slept more, took naps, found it hard to get up when intended; or had trouble getting to sleep or staying asleep																																	
10	Felt overwhelmed or unable to cope; or felt out of control																																	
11	Had breast tenderness, breast swelling, bloated sensation, weight gain, headache, joint or muscle pain, or other physical symptoms																																	
At work, school, home, or in daily routine, at least one of the problems noted above caused reduction of productivity or inefficiency																																		
At least one of the problems noted above caused avoidance of or less participation in hobbies or social activities																																		
At least one of the problems noted above interfered with relationships with others																																		

Figura 3
Registro diario de severidad
de Problemas SPM

Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) se pueden usar durante 3 meses para un diagnóstico definitivo si el diario de síntomas una vez completado, no es concluyente para el diagnóstico.

**¿Qué aspectos están involucrados en la entrega de un servicio a las mujeres con el síndrome premenstrual?
¿Cuándo deben derivar las mujeres con síndrome premenstrual a un ginecólogo?**

Se debe considerar la derivación a un ginecólogo/a cuando se toman medidas simples tales como la utilización de anticonceptivos orales combinados [AOC], vitamina B6, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]) y la respuesta no ha sido la esperada o simplemente cuando la severidad del SPM justifica la intervención ginecológica (Figura 4).

**Figura 4.
Algoritmo de toma de decisiones para el manejo del Síndrome premenstrual**

PRIMERA LÍNEA	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio, Terapia conductual, vitamina B6 - Combinación de AOC de nueva generación (cíclica o continua) - Bajas dosis de inhibidor selectivo de recaptación de Serotonina (ISRS) continuo o en fase lútea (citalopram/escitalopram 10 mg)
SEGUNDA LÍNEA	<ul style="list-style-type: none"> - Parches de Estradiol 100 microgramos o equivalente transdérmico gel + progesterona micronizada 100 mg (oral) o 200 mg (oral/vaginal) días 17 a 28 del ciclo o uso de LNG-DIU 52 mg. - Altas dosis de inhibidores de la recaptación de Serotonina (ISRS) en forma continua o fase lútea (citalopram/escitalopram 20 a 40 mg)
TERCERA LÍNEA	<ul style="list-style-type: none"> - Análogos GnRH+ Terapia Reposición Hormonal (TRH) con estrógeno y progestágeno combinado continuo (estradiol en parche o Transdérmico 50 a 100 microgramos + Progesterona micronizada 100 mg oral u otro esquema de TRH oral o Tibolona 2,5 mg al día)
CUARTA LÍNEA	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento quirúrgico + TRH

¿Quiénes son los profesionales de la salud más idóneos para manejar a las mujeres con síndrome premenstrual severo?

Las mujeres con síndrome premenstrual severo pueden beneficiarse de ser manejadas por un equipo multidisciplinario compuesto por un médico general, un ginecólogo/a general o un ginecólogo/a especialista en SPM, un profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo/a clínico o consejero/a) y un nutricionista.

¿Cómo se maneja el SPM?

¿Son eficaces las terapias complementarias en el tratamiento del síndrome premenstrual?

Las mujeres con síndrome premenstrual deben ser informadas que existe evidencia contradictoria con el uso de algunas terapias complementarias no farmacológicas y por ello no necesariamente eficaces al carecer de un respaldo científico que las avale. Siempre se debe tener un enfoque holístico e integral cuando se trata a estas mujeres. Se deben considerar las interacciones con otros fármacos.

¿Hay un rol para la terapia cognitiva conductual (TCC) y otras técnicas de asesoramiento psicológico?

Cuando se trata a mujeres con síndrome premenstrual severo, la TCC debe considerarse rutinariamente como una opción de tratamiento junto con el apoyo de equipo de salud mental capacitado, psicólogo y/o psiquiatra para un manejo integral.

¿Qué AOC tiene la mejor evidencia para controlar el síndrome premenstrual, incluidos los regímenes con etinilestradiol?

Cuando se trata a mujeres con síndrome premenstrual, los AOC que contienen drospirenona pueden representar un tratamiento efectivo para el síndrome premenstrual y debe considerarse como una intervención farmacéutica de primera línea.

¿Cuál es el régimen óptimo de píldoras de AOC, p. continuo, cíclico o flexible?

En el tratamiento de mujeres con síndrome premenstrual, los datos sugieren el uso de AOC de forma continua en lugar de los de uso cíclico.

¿Qué tan eficaz es el estradiol transdérmico?

El estradiol transdérmico combinado con progestágenos cíclicos ha demostrado ser efectivo para el manejo de los síntomas físicos y psicológicos del síndrome premenstrual severo. Cuando se trata a mujeres con SPM, métodos anticonceptivos alternativos de barrera o intrauterinos deben utilizarse cuando se usa estradiol para suprimir la ovulación.

¿Cómo se puede evitar el regreso de los síntomas del síndrome premenstrual durante la terapia de estrógenos con protección progestogénica?

Cuando se usa estrógeno transdérmico para tratar mujeres con síndrome premenstrual, se recomienda la dosis más baja posible de progesterona o progestágeno para minimizar los efectos adversos de las progestinas. Se debe informar a las mujeres usuarias de sistema intrauterino liberador de levonorgestrel 52 mg (LNG-DIU) inicialmente puede producir efectos adversos de tipo SPM, así como trastornos del patrón de sangrado (SUA).

La progesterona micronizada es teóricamente la menos propensa a reproducir síntomas similares al síndrome premenstrual y, por lo tanto, debe considerarse como la primera línea de oposición progestogénica en lugar de otros progestágenos.

¿Cuál es el régimen óptimo para la prevención de la hiperplasia endometrial?

En el tratamiento de mujeres con estradiol transdérmico, con uso cíclico de 10-12 días de progesterona vaginal u oral, acetato de nomegestrol 5 mg por 10 días o el uso de un progestágeno a largo plazo (SIU-LNG) son eficaces para ello. Cuando se usa un progestágeno de corta duración, o en casos donde solo se administran dosis bajas y que sean bien toleradas, existirá un umbral más bajo para un sangrado no programado y que deberá estudiarse.

¿Cuál es la seguridad del estradiol en el endometrio premenopáusico y el tejido mamario?

Se debe informar que no hay datos suficientes para asesorar sobre los efectos a largo plazo en el tejido mamario y endometrial, pero debe mantener las recomendaciones de control determinadas por los programas nacionales y periódicos con especialista.

¿Por cuánto tiempo se puede usar estradiol de manera segura y cuál es el riesgo de recurrencia?

Debido a la falta de datos sobre posibles efectos no deseados a largo plazo de la terapia con estradiol, el manejo de estas mujeres debe ser individualizado, evaluando riesgos y beneficios. Es altamente probable que al suspender la terapia con estrógeno (estradiol) reaparezcan los síntomas de ocurrido aquello, por lo que la reinstalación de la terapia debe individualizarse.

¿El Danazol puede usarse como tratamiento del síndrome premenstrual?

Aunque este ha demostrado ser efectivo en dosis bajas (200 mg por dos veces al día) en síntomas mamarios durante la fase lútea, SOCHEG no lo recomienda por su potencial efecto virilizante irreversible y la imperiosa necesidad de uso de anticoncepción por potenciales riesgos virilizantes en el feto.

¿Qué tan efectivos son los análogos de GnRH para tratar el síndrome premenstrual severo?

Son altamente efectivos y pueden ser usados en mujeres con los síntomas muy severos y no se recomiendan de manera rutinaria. También pueden utilizarse para aclarar el diagnóstico (no más de 3 meses).

¿Cómo se debe manejar a las mujeres con síndrome premenstrual que reciben terapia complementaria?

Cuando se trata a mujeres con síndrome premenstrual severo utilizando análogos de GnRh durante más de 6 meses, siempre debe agregarse terapia hormonal. Cuando se requiere terapia con hormonas adicionales, debe utilizarse terapia de reposición hormonal (TRH) combinada continua o tibolona. Se debe recomendar realizar ejercicio, mantener una dieta balanceada y el dejar de fumar. Las mujeres con tratamientos prolongados (GnRh), además se les debe solicitar anualmente densitometría ósea de doble fotón (dual). La terapia debe suspenderse cuando exista una desmineralización importante.

¿Son útiles los análogos de GnRH para clarificar el diagnóstico?

Cuando el diagnóstico de síndrome premenstrual no está claro después del uso diario por 2 meses del registro diario de problemas (RDP), esto se pueden usar para establecer y /o respaldar un diagnóstico de SPM.

¿Cuál es el papel de las formulaciones de progesterona o progestágeno en el tratamiento del síndrome premenstrual?

Existe buena evidencia que sugiere que tratar el SPM con progesterona o progestágenos no es recomendable. No hay evidencia que respalde la indicación del SIU-LNG, solo para tratar síntomas del SPM. Su y sus usos debe restringirse en estas mujeres, a su acción como progestágeno al oponerse a la acción de la terapia con estrógenos sobre el endometrio.

Manejo médico no hormonal del síndrome premenstrual

¿Cómo funcionan los ISRS en el SPM y cómo deben administrarse?

Los ISRS como Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram o Paroxetina deben considerarse una de las opciones de tratamiento farmacéutico de primera línea en SPM. Estos deben usarse en forma gradual fraccionando dosis inicial a la mitad de la formulación e incrementar de acuerdo a respuesta. Pueden usarse todo el ciclo o bien dentro de los 10 días previos a la menstruación en forma cíclica.

¿Cuál es la eficacia de los ISRS en el tratamiento del síndrome premenstrual?

Sí, se recomienda su uso de una dosis diaria durante la fase lútea o en forma continua con un ISRS. Son efectivos para el tratamiento de los síntomas físicos y psicológicos. No hay diferencias significativas en la reducción de los síntomas entre los regímenes de administración continua o intermitente. Deben usarse preferentemente cuando los síntomas psicológicos predominen sobre los somáticos, aunque su efecto sobre estos últimos ha sido menos evaluado.

¿Hay alguna evidencia sobre cómo deben suspenderse los ISRS cuando se usan en el SPM?

Los ISRS se deben interrumpir gradualmente para evitar los síntomas de abstinencia, si se administran de forma continua.

¿Cuáles son los efectos adversos y riesgos de los ISRS?

Se debe advertir de los posibles efectos adversos, como náuseas, insomnio, somnolencia, fatiga y reducción de la libido, además de riesgos graves en la salud asociados a una mala prescripción o sobredosificación, tales como hiponatremia, aumento del riesgo de ideación suicida y riesgo cardiovascular. Se recomienda correcto uso y frente a falta de respuesta evaluación de psiquiatra.

¿Hay evidencia de una mejor eficacia con otros regímenes de ISRS?

Se puede mejorar la eficacia y minimizar los efectos adversos mediante el uso de regímenes durante la fase lútea con ISRS de generaciones más nuevas.

¿Qué consejería debe realizarse previo a la concepción y el embarazo precoz respecto del uso recaptación de ISRS / inhibidores de serotonina-noradrenalina (ISRSN)?

Se debe dar asesoramiento pregestacional en cada oportunidad, ya que los síntomas del SPM disminuyen durante el embarazo, por lo tanto, los ISRS debieran ser suspendido antes y durante el embarazo, además de informar el cómo suspender con seguridad los ISRS. En caso de embarazo mientras toman un ISRS / IRSN se debe informar de la escasa, aunque no probada, asociación con malformaciones congénitas.

¿Los diuréticos son eficaces en el tratamiento del síndrome premenstrual?

La espirolactona se puede usar en mujeres con síndrome premenstrual para tratar los síntomas físicos.

¿Cómo se puede manejar el síndrome premenstrual de forma quirúrgica?

¿Puede justificarse el tratamiento quirúrgico del síndrome premenstrual y es eficaz?

En el tratamiento del SPM severo, la histerectomía con ooforectomía bilateral han mostrado utilidad. Puede considerarse cuando el tratamiento médico ha fracasado, aunque el tratamiento con análogos de GnRH a largo plazo debe evaluarse como condición previa o bien si existen otras condiciones ginecológicas que justifiquen la cirugía.

¿La eficacia de la cirugía debería predecirse siempre mediante el uso previo de análogos de GnRH?

La cirugía no debe contemplarse sin considerar el tratamiento preoperatorio mediante el uso de análogos de GnRH como una prueba de mejoría, además de observar que se tolere la TRH.

¿Cuál es el papel de la TRH después del tratamiento quirúrgico?

Se debe recomendar a las mujeres tratadas quirúrgicamente por SPM que usen siempre una terapia de reemplazo hormonal, a todas las menores de 45 años de edad, especialmente si experimentan deterioro de su calidad de vida en edades mayores con alteración de su MRS (Menopause Rate Scale) de acuerdo a las recomendaciones SOCHEG y mantener por un periodo prolongado en caso de no presentar contraindicación y evaluar en forma periódica e individualizada.

¿Existe un rol para la ablación endometrial, la ooforectomía o la histerectomía sola?

Para el tratamiento de SPM severo, la ablación endometrial o la histerectomía con conservación de ovarios, no se recomienda. La ooforectomía bilateral sin histerectomía requerirá uso de un progestágeno como parte de cualquier régimen de TRH posterior y esto conlleva un riesgo de reaparición de síntomas similares al síndrome premenstrual (trastorno premenstrual inducido por progestágenos).

Puntos a recordar:

Los síntomas premenstruales afectan al 95% de las mujeres en edad reproductiva, pero el síndrome premenstrual y el síndrome disfórico premenstrual grave afectan la calidad de vida del 3 al 5% de esta población.

El síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual deben ser diagnosticados prospectivamente usando un registro diario de síntomas por al menos dos meses (figura 3).

Las mujeres que experimentan síntomas deben ser evaluadas para excluir otras condiciones que no tienen una presentación cíclica.

El SPM leve, puede tratarse con modificación de estilos de vida y otras terapias de apoyo.

La terapia farmacológica debe reservarse cuando los síntomas son moderados a severos y la elección de la terapia depende de los síntomas predominantes

La cirugía debe reservarse para casos refractarios que no responden a terapias farmacológicas convencionales y debe plantearse posterior a una terapia con GnRH como prueba de curación.



Edición N° 3 , Noviembre 2018
www.socheg.cl

ISBN 978-956-09285-6-6