



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.



EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME DE
TENSION PREMENSTRUAL.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de:

GINECO - OBSTETRA

Presenta

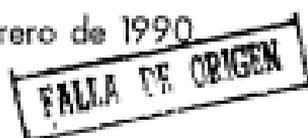
Dr. Alberto Patiño Ramírez

Asesor

Dr. Mario López Esquivel

Mérida. Yucatán.

Febrero de 1990





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	20
ANEXO	21
BIBLIOGRAFIA	23

H. C. Z. con M. F. MERRIA
JEFE de ENL. e INVEST.


DR. ROSE MARIE CAMPOS

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección Estatal en Veracruz
C. M. S. No. 1 Oriente


DR. GONZALO CAMPENAN RIOS
Jefe Div. de Gestión Clínica


Dr. MARIO H. LOPEZ ESQUIV.
E.Y.-641 Médica No. Pasado
R. F. P. 71093
R. E. A. 27506

ANTECEDENTES

El Síndrome de Tensión Premenstrual fué definido por Morton en 1950 como un complejo sintomático que empieza 10 a 14 días antes de la menstruación - y desaparece con gran rapidez después de iniciado - el flujo menstrual, causando deterioro incómodo del bienestar psíquico y físico de quien lo padece (1).

La frecuencia de este síndrome va de un 20 a - un 92% de mujeres en edad de tener ciclos menstruales, y menos de un 10% presentan síntomas intensos (2, 3, 4), existiendo diferencias en la frecuencia dependiendo de la cultura y del país estudiado (5, 6).

Los síntomas de la tensión premenstrual se -- inician en la menarca y varían con cada ciclo menstrual así como con la edad (7). No existen informes confiables con respecto a la mejoría o desaparición de los síntomas con la histerectomía y/o ooforectomía (8).

Aproximadamente un 25% de las mujeres que presentan este síndrome han solicitado tratamiento médico (9).

Existen varias hipótesis con respecto a su -- etiología:

- Estrógenos y progesterona: Existen muchas - controversias con respecto a la deficiencia de progesterona como causante del síndrome, y no existen estudios que lo aseguren, aunque podemos citar que las concentraciones periféricas de las hormonas no reflejan las concentraciones en el sistema nervioso central, dado que estas hormonas modifican la actividad eléctrica cerebral, funcionan como enzimas y neurotransmisores (10).

- Endorfinas: En 1981 se postuló que su variación en la fase pregestacional ocasionaba este síndrome, dado que se relacionan con neurotransmisores y su aumento ocasiona agitación y ansiedad (11, 12).

- Neurotransmisores: Como la acetilcolina o la serotonina han sido evocados como agentes etiológicos (13, 14).

- Prostaglandinas: Se consideran mediadores a nivel local para la producción de los síntomas y - signos de este síndrome (15).

- Una teoría novedosa es que la colonización - bacteriana asintomática provoca alteraciones del - medio hormonal y secundariamente el síndrome (16).

El cuadro clínico habitualmente se inicia en la adolescencia o después de un parto, se presenta antes del inicio del flujo menstrual, y se pueden dividir los síntomas en físicos: fatiga, cefalea, distensión abdominal, hipersensibilidad y turgencia mamaria, acné, artralgias, disminución de las micciones, estreñimiento, infecciones vaginales y aumento de apetito. Síntomas emocionales como ansiedad, hostilidad y depresión, llegando en ocasiones a ser tan severos que ocasionan malas relaciones interpersonales y ser un obstáculo para el desarrollo laboral y la armonía familiar (17).

El tratamiento de este síndrome implica varias dificultades, comenzando con que no se conoce su etiología; los tratamientos utilizados han sido variados, encontrándose una respuesta favorable a placebo que va desde el 40 al 95% (18, 19). El tratamiento lo podemos iniciar con una entrevista de consejos de autoayuda, seguido de una dieta saludable y variada (20, 21, 22, 23), ejercicio y relajación muscular, además es útil entrevistarse con el esposo para explicar el padecimiento.

Tratamiento nutricional: Vitamina B₆ (piridoxina). Se basa en su función como coenzima del paso de dopamina a serotonina, y cofactor en la síntesis de prostaglandinas a su dosis de 100 mg todo el ciclo. A dosis altas provoca neuropatía periférica (24, 25).

Hormonoterapia: Progesterona, pues se invoca su deficiencia como etiología; su dosis de 200 a 400 mg cada 12 horas, desde el día 14 al 26, ya sea vía oral, rectal o vaginal; sus efectos colaterales son sangrado irregular, irritación vaginal o rectal y exacerbación de moniliasis (26).

Antagonistas hormonales:

- Bromocriptina: Antagonista de dopamina, inhibe la liberación de prolactina; su dosis es de 2.5 mg por la noche la primera semana, después 5 mg del día 10 al 26; sólo útil en los síntomas mamarrios; sus efectos colaterales: náusea, vómito y mareos (27).

- Danazol: Se utiliza para suprimir el ciclo menstrual, la ovulación y sus cambios endocrinos pero a dosis altas, se ha encontrado efectividad después de tres meses de tratamiento; sus efectos colaterales son aumento de peso, náusea, aturdimiento, acné, hirsutismo, hipertrofia de clítoris; reversibles al discontinuar el tratamiento. Su dosis es de 200 a 400 mg al día (28).

Diversos:

- Diuréticos: Siendo los de elección los antagonistas de la aldosterona, como la Espironolactona. Útiles sobre todo en los síntomas secundarios a

la retención de líquidos y el aumento de peso; su dosis es de 100 mg. 3 días antes de la aparición de los síntomas (29).

- Antiinflamatorios no esteroides: Útiles en dolor pélvico y articular por su acción inhibidora de prostaglandinas; la dosis es de 250 mg cada 6 horas de ácido mefenámico 3 días antes de la menstruación (30).

Los fármacos psicotrópicos son útiles en ansiedad e insomnio, pero peligrosos por el hábito que crean.

La cirugía como la histerectomía o salpingooforectomía no tienen lugar como tratamiento.

El futuro del tratamiento tiene un gran potencial, que quizá se centrará en la regulación hipotálamo-hipofisaria del ciclo menstrual.

JUSTIFICACION

Existen aún dificultades para lograr un acerto de diagnóstico del Síndrome de Tensión Premenstrual debido a que se puede encontrar superposición de - otras patologías, incluyendo trastornos psiquiátricos.

Así mismo, se encuentran dificultades para lograr conocer la verdadera frecuencia de esta entidad; a la fecha existen varios métodos de estudio, los cuales incluyen: entrevistas médicas, psicológi cas, encuestas a población abierta y records diarios de síntomas y signos; basados en sus resultados se puede inferir la verdadera frecuencia de este síndrome.

Actualmente no existe en esta localidad ningún estudio que se refiera a la frecuencia de esta entidad, lo cual motiva el presente estudio.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron 300 encuestas entre mujeres de 15 a 44 años, susceptibles de padecer síndrome de tensión premenstrual que acudieron a la consulta externa de especialidades.

El lapso de estudio comprendió del 5 de Enero de 1990 al 5 de Febrero de 1990.

Se realizó en el Hospital Regional de Especialidades No. 1 Mérida del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El método utilizado fué una encuesta descriptiva realizada por personal médico de esta Unidad (ver figura 1).

RESULTADOS

Se realizaron un total de 300 encuestas en mujeres susceptibles de padecer síndrome de tensión premenstrual.

Y encontramos que el 09.3% de las mujeres encuestadas presentaban uno o varios síntomas o signos del síndrome de tensión premenstrual.

Las mujeres encuestadas se encontraban dentro de un rango de edad de 15 a 45 años, y encontramos que la mayor parte de las mujeres que presentaban síndrome de tensión premenstrual correspondían a un grupo de 25 a 29 años, 26.0% (Ver tabla 1).

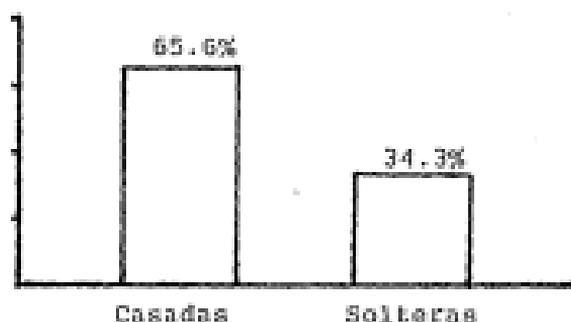
TABLA N° 1.

Frecuencia de presentación del síndrome de tensión premenstrual de acuerdo a diferentes grupos de edad.

Edad	Porcentaje
15 a 19 años	19.4
20 a 24 años	10.4
25 a 29 años	26.8
30 a 34 años	17.9
35 a 39 años	13.4
40 a 44 años	11.9

De estas mujeres, el 65.6% eran casadas y el 34.3% de ellas eran solteras (Ver gráfica No. 1).

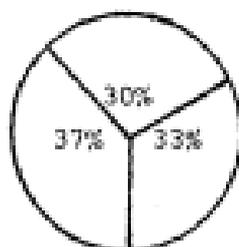
GRAFICA Nº 1.



El 30% de estas mujeres se encontraban en su peso ideal, el 33% con sobrepeso y el 37% con Déficit ponderal (Ver gráfica Nº 2).

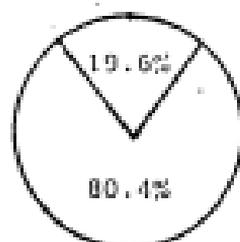
GRAFICA Nº 2.

CONSTITUCION FISICA



El 19.6% presentaban algún tipo de alteración menstrual (Ver gráfica N° 3).

GRAFICA N° 3.
ALTERACIONES MENSTRUALES Y SINDROME
DE TENSION PREMENSTRUAL.



La dismenorrea estuvo presente en el 58.2% de las mujeres con síndrome de tensión premenstrual - (Ver gráfica N° 4).

GRAFICA N° 4
DISMENORREA Y SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL,



De las mujeres que padecen dismenorrea el 25.3% toman algún medicamento, entre los cuales se encuentran los mencionados en la tabla N° 2, siendo el de uso más común un antiespasmódico.

TABLA N° 2.
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA DISMENORREA.

Butilbrosina
Dipirona
Naproxén
Acido mefenámico
Piroxicam

El 64.1% de las mujeres ya habían tenido embarazos (Ver gráfica N° 5).

GRAFICA N° 5.
ANTECEDENTES DE EMBARAZOS.

64.1 %	35.9 %
--------	--------

De estas mujeres, el 31% utiliza algún método para control de la natalidad, siendo el más frecuentemente usado en este grupo el método quirúrgico - definitivo en un 57% (Ver tabla Nº 3).

TABLA Nº 3.
METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD USADOS POR
PACIENTES CON SINDROME DE TENSION
PREMENSTRUAL.

Método	Porcentaje
Quirúrgico definitivo	57 %
Hormonales Orales	19 %
Método Billings	14 %
Dispositivo Intrauterino	10 %

La edad en que iniciaron la sintomatología estas mujeres fué durante la menarca en un 43.1% (Ver tabla Nº 4).

TABLA N° 4.
EDAD DE INICIO.

Edad:	Porcentajes:
Menarca	43.1 %
Inicio de vida sexual activa	18.1 %
Mayores de 30 años	18.1 %
Otras	13.1 %

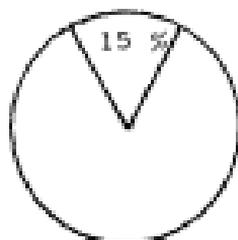
La sintomatología que presentaban la podemos observar en la tabla N° 5; encontramos como signo más frecuente la distensión abdominal en 164 casos.

TABLA Nº 5.
SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE.

Sintomatología	Número de casos
Distensión abdominal	164
Dolor pélvico	132
Irritabilidad emocional	124
Fatiga	116
Dolor lumbar	116
Hipersensibilidad mamaria	116
Depresión	108
Ansiedad	96
Pérdida del deseo sexual	88
Cefalea	68
Aumento de peso	60
Artralgias	56
Aumento de apetito	48
Edema de pies o manos	44

El 15% de estas mujeres han buscado ayuda médica y en ocasiones han sido consultados hasta 3 médicos (Ver gráfica Nº 6).

GRAFICA N° 6.
MUJERES QUE HAN CONSULTADO ALGUN
MEDICO POR SINDROME DE
TENSION PREMENSTRUAL.



De las mujeres que padecen síndrome de tensión premenstrual encuestadas, el 16.4% han tomado medicamentos para corregir la sintomatología, siendo los analgésicos los más utilizados, 40% (Ver tabla N° 6).

TABLA Nº 6.
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL SÍNDROME
DE TENSION PREMENSTRUAL.

Etilhioscina.
Acetaminofón.
Dipirona.
Naproxén.
Acido mefenámico.
Diacepam.

Un 9% de las mujeres que padecen síndrome de -
tensión premenstrual encuestadas, ha requerido por
lo menos en una ocasión de incapacidad laboral.

DISCUSION

Después de conocer los resultados obtenidos en las encuestas, podemos apreciar que el síndrome de tensión premenstrual es una entidad frecuente en nuestro medio, debido a que en la literatura mundial se reporta una prevalencia de un 20 hasta un 92% de la población general, y en el presente estudio la encontramos en el 89.3% de la población encuestada (2, 3, 4).

Los reportes mundiales indican que la edad en que se presenta con mayor frecuencia es de los 30 a 40 años, concordando con nuestro estudio en el que se encuentran el 31% de las pacientes en este grupo de edad (8).

Así mismo, diversos autores encuentran una relación positiva entre la paridad y la sintomatología (19).

De nuestra población el 64.1% ya había tenido por lo menos un embarazo.

Con respecto a las características del ciclo menstrual se ha señalado que a mayores alteraciones menstruales, más grave será la sintomatología del síndrome de tensión premenstrual; de nuestro grupo sólo el 19.6% presentaba algún tipo de alteración menstrual.

Por otro lado, aún existe controversia entre - la relación del síndrome de tensión premenstrual y la dismenorrea. De las mujeres encuestadas que padecían síndrome de tensión premenstrual, el 58.2% presentaban dismenorrea y de estas el 25.3% necesitaban tomar medicamento (19).

También se han relacionado a los anticonceptivos hormonales orales, como causantes del síndrome de tensión premenstrual (19); de este grupo sólo el 31% utilizaba algún método de control de la natalidad, siendo el más común el quirúrgico definitivo, 51%, seguido de los hormonales orales en un 19%.

El 43.1% de estas mujeres iniciaron su sintomatología en la menarca, concordando lo anterior con lo reportado en la literatura (7).

Los síntomas y signos experimentados por nuestro grupo son similares a los marcados por diversos autores (17), solamente que con leves diferencias - en cuanto a la frecuencia de presentación.

En la literatura se reporta que aproximadamente el 25% de las mujeres con síndrome de tensión premenstrual ha solicitado ayuda médica; en este estudio encontramos solamente el 15%, habiendo algunas mujeres que han consultado hasta tres médicos - (9).

El 16.4% han tenido la necesidad de tomar algún fármaco para disminuir la sintomatología, siendo los más frecuentes los analgésicos.

De este grupo de mujeres, un 9% ha requerido de incapacidad laboral por lo menos en una ocasión (9).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos percatarnos que el síndrome de tensión premenstrual, está presente en nuestro medio con una frecuencia semejante a la reportada en la literatura, con toda la problemática que implica para la mujer que lo padece, cosa que debemos tener presente en el momento de escuchar a una de estas mujeres en la consulta.

En múltiples ocasiones el diagnóstico es difícil de efectuar con certeza, y el tratamiento puede requerir la competencia de otras especialidades como Trabajo Social, Psiquiatría, etcétera.

Por lo anteriormente expuesto y los resultados obtenidos en este estudio, el síndrome de tensión premenstrual es una entidad que debemos tener presente, y conocer para un buen tratamiento integral de nuestro paciente.

ANEXO I.

SINDROME PREMENSTRUAL.

Edad: Ocupación:

Peso: Talla:..... Edo. civil

¿Padece usted alguna enfermedad, cual?

¿Se ha sometido a alguna operación, cual?

¿Toma algún medicamento diariamente, cual?

¿A qué edad tuvo su primera regla?

¿Sus reglas son regulares?

¿Sus reglas son dolorosas?

¿Necesita tomar medicina? ¿Cual?

¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿Cuántos partos vaginales? ¿Cuántos abortos? ..

¿Cuántas cesáreas? Fecha de la última regla ...

¿Actualmente lleva planificación familiar?

¿Qué método utiliza?

¿Padece alguna o algunas de las siguientes molestias antes de iniciar su regla? (Márquelas):

Dolor mamario Aumento de peso

Dolor articular Hinchazón de pies o
manos

Dolor pélvico Pérdida de deseo sexual..

Dolor lumbar Fatiga

Dolor de cabeza Depresión

Inflamación abdominal ... Ansiedad

Aumento de apetite Irritabilidad

¿Recuerda a que edad iniciaron estos síntomas?

- ¿Toma Ud. medicamentos para estas molestias?
- ¿Cuáles?
- ¿Ha consultado algún médico? ¿Cuántos?
- ¿Le han incapacitado por este problema?
- ¿Ha tenido mejoría?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Merton JH. Premenstrual tension. Am J Obstet Gynecol 1950; 60:343-52
2. Coppen A, Kessel M. Menstruation and personality. Br J Psychiatry 1963; 109:711-721
3. Woods N, Most A, Derry GK. Prevalence of perimenstrual symptoms. Am J Public Health 1982, 72: 1257-64
4. Andersch B, Wenderstan C, Halm L, Ohman R. Premenstrual complaints. I: Prevalence of menstrual symptoms in a Swedish urban population. Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology 1986; 5:39
5. Most AF, Woods NF, Dery GK, et al. Distress association with menstruation among israeli women. - Int J Nurs Stud 1981; 18:61
6. Janiery O, Rifferburgh R, Kersh R. Cross cultural study of premenstrual cyclic symptoms. Psychosomatics 1972; 12:226-35
7. Golub S. The magnitude of premenstrual anxiety and depression. Psychosom Med 1976; 38:4-14
8. Beaumont PJU, Abraham SF, Argall WJ, Simon KG. - A prospective study of premenstrual tension symptoms in healthy young Australians. Aust NZ J Psychiatry 1978; 12:241-4
9. Friedman D, Jeffe A. Influence of life style on premenstrual syndrome. Annalsis of a questionnaire survey. J Reprod Med 1985; 30:715
10. Dalton K. Premenstrual syndrome and progesterone therapy. London: Heinemann, 1977

11. Reid RL, Yen SSC. Premenstrual syndrome. *Am J -- Obstet Gynecol* 1981; 139:85-104
12. Halbreich U, Endicott J. Possible involvement -- of endorphins withdrawal or imbalance in speci-- fic premenstrual syndrome and postpartum depression. *Med Hypoth* 1981; 7:1045-58
13. Janowsky DS, Rausch J. Biochemical hypotheses of premenstrual tension syndrome. *Fertil & Sterility* 1985; 15:3-8
14. Brown JL, Goddwin FK, Banney ME Jr. Human aggregation and suicide: Their relationship to neuropsychiatric diagnosis and serotonin metabolism. *Adv Biochem Psychopharmacol* 1982; 34:287-307
15. Buddel FW. The use of prostaglandins inhibitors for premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 1983; 28:469-78
16. Toth A. Yibransicin therapy for premenstrual syndrome. Toronto, Society for Gynecologic Investigation, 1986: 158 p
17. Keye DR Jr, Hammond DC, Strong T. Medical and - psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol* 1986; 68:634
18. Chakmakjian ZH. A critical assesment of therapy for the premenstrual tension syndrome. *J Reprod Med* 1983; 28(8):532-8
19. Halbreich U, Endicott J. Methodological issues - in study of premenstrual changes. *Psychoneuro - Endocrinology* 1985; 10(1):15-32
20. Abraham GE. Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndrome. *J Reprod - Med* 1983; 28(7):446-64

21. Abraham GE. Nutrition and the premenstrual tension syndrome. *J Appl Nutr* 1984; 36(2):103-24
22. Morton JH. Premenstrual tension. *Am J Obstet - Gynecol* 1950; 60:343-52
23. Rossignol AM. Caffeine containing beverages and premenstrual syndrome in young women. *Am J Public Health* 1985 Nov; 75(11):1335-7
24. Schaumburg H, Kaplan J, Windebank A, et al. A new megavitamin syndrome. *N Engl J Med* 1983; 309(8):445-8
25. Abram GE, Hargrove JT. Effects of vitamin B6 on premenstrual syndrome: a double blind crossover study. *Infertility* 1980; 3:255-65
26. Dennerstein L, SpencerGardiner C, Gotts J, -- Brown JB, Smith MA, Burrows GD. Progesterone and the premenstrual syndrome. A double-blind crossover trial. *Br Med* 1985; 290:1617-21
27. Benedek, Jaszmann BJ, Lequin RN, Sternthal V. Treatment of the premenstrual syndrome with -- bromocriptine. *Acta Endocrinol* 1975, (suppl): 193-29
28. Mansel RE, Wisbey JR, Hughes LE. The use of Danazol in the treatment of painful benign breast disease. *Postgrad Med* 1979; 55 (Suppl):61-5
29. O'brien PNS, Craven D, Selby C, Symonds EM. -- Treatment of premenstrual syndrome by spirono-- lactone. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86:142-7
30. Jakubowicks PW, Godard E, Dewhursts J. The treat ment of premenstrual tension with mefenamic acid. Analysis of prostaglandin concentrations. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91:78