

Manejo de los trastornos premenstruales

Comité de Guías de Práctica Clínica – Ginecología. Esta Guía de práctica clínica fue desarrollada por el Comité de Guías de práctica clínica-Ginecología del ACOG en colaboración con Kimberly A. Yonkers, MD; Luu D. Irlanda MD, MPH; y Amber I. Truehart, MD.

OBJETIVO: Proporcionar recomendaciones para el tratamiento del síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual, denominados colectivamente trastornos premenstruales, basadas en la evaluación de la evidencia sobre la seguridad y eficacia de las opciones de tratamiento disponibles. También se incluye una descripción general de la epidemiología, fisiopatología y diagnóstico de los trastornos premenstruales para proporcionar a los lectores información general relevante y contexto para las recomendaciones clínicas.

POBLACIÓN OBJETIVO: Adultos y adolescentes en edad reproductiva con síntomas premenstruales.

MÉTODOS: Esta guía se desarrolló utilizando un protocolo a priori en conjunto con un equipo de redacción compuesto por dos especialistas en obstetricia y ginecología designados por el Comité de Guías de Práctica Clínica-Ginecología del ACOG y un experto externo en la materia. Los bibliotecarios médicos del ACOG completaron una búsqueda exhaustiva de literatura primaria en la Biblioteca Cochrane, el Registro de Colaboración Cochrane de Ensayos Controlados, EMBASE, PubMed y MEDLINE. Dos autores del equipo de redacción evaluaron los estudios que pasaron a la etapa de selección de texto completo según criterios estandarizados de inclusión y exclusión. Los estudios incluidos se sometieron a una evaluación de calidad y se aplicó un marco de evidencia a decisión GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluaciones) modificado para interpretar y traducir la evidencia en declaraciones de recomendación.

RECOMENDACIONES: Esta Guía de práctica clínica incluye recomendaciones sobre las siguientes opciones de tratamiento basadas en evidencia para los trastornos premenstruales, reconociendo que muchas pacientes pueden beneficiarse de un enfoque multimodal que combine varias intervenciones: agentes farmacológicos (hormonales y no hormonales), asesoramiento psicológico, tratamientos complementarios y alternativos, terapias nutricionales y de ejercicio, educación del paciente y estrategias de autoayuda, y manejo quirúrgico. Las recomendaciones se clasifican por solidez y calidad de la evidencia. Se incluyen puntos de buenas prácticas sin calificar para brindar orientación cuando no se pudo hacer una recomendación formal debido a evidencia inadecuada o inexistente. Con base en la revisión de datos extrapolados de poblaciones adultas y el consenso de expertos, se determinó que las recomendaciones también se aplican a los adolescentes, con algunas excepciones que se indican en la Guía de práctica clínica.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) revisa sus publicaciones periódicamente; sin embargo, es posible que sus publicaciones no reflejen la evidencia más reciente. Se incluye una fecha de reafirmación en la versión en línea de un documento para indicar cuándo se revisó por última vez. El estado actual y las actualizaciones de este documento se pueden encontrar en ACOG Clinical en acog.org/lot/.

Esta información está diseñada como un recurso educativo para ayudar a los médicos a brindar atención obstétrica y ginecológica, y el uso de esta información es voluntario. Esta información no debe considerarse como que incluye todos los tratamientos o métodos de atención adecuados ni como una declaración del estándar de atención. No pretende sustituir el criterio profesional independiente del médico tratante. Es posible que se justifiquen variaciones en la práctica cuando, a juicio razonable del médico tratante, dicho curso de acción esté indicado por la condición del paciente, las limitaciones de los recursos disponibles o los avances en el conocimiento o la tecnología.

Si bien ACOG hace todo lo posible por presentar información precisa y confiable, esta publicación se proporciona "tal cual" sin ninguna garantía de exactitud, confiabilidad o de otro tipo, ya sea expresa o implícita. ACOG no garantiza ni respalda los productos o servicios de ninguna empresa, organización o persona. Ni ACOG ni sus funcionarios, directores, miembros, empleados o agentes serán responsables de ninguna pérdida, daño o reclamo con respecto a cualquier responsabilidad, incluidos daños directos, especiales, indirectos o consecuentes, incurridos en relación con esta publicación o confianza. sobre la información presentada.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos premenstruales comprenden un espectro de afecciones que incluyen el síndrome premenstrual (SPM) y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM). El síndrome premenstrual se caracteriza por una constelación de síntomas físicos o relacionados con el estado de ánimo que ocurren cíclicamente, o ambos, que ocurren discretamente en la fase lútea y se resuelven durante o poco después de la menstruación (1). Los síntomas más comunes incluyen irritabilidad, hinchazón, cambios de humor, letargo, sensibilidad en los senos, ansiedad y tensión, y sentimientos de rechazo (2, 3). El trastorno disfórico premenstrual está clasificado como un tipo de trastorno depresivo por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y se caracteriza por la recurrencia cíclica de cambios afectivos graves, a veces incapacitantes, como labilidad del estado de ánimo, irritabilidad, disforia y ansiedad, que ocurren en la fase lútea del ciclo menstrual y desaparecen alrededor o poco después del inicio de la menstruación (4). En 2019, la Organización Mundial de la Salud añadió el TDPM a la lista *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos, undécima revisión*; aunque está clasificado como un trastorno genitourinario, también figura entre los trastornos depresivos (5).

Los trastornos premenstruales se asocian con síntomas físicos y afectivos que interfieren con el funcionamiento diario, lo que lleva a muchas pacientes a buscar atención de un obstetra-ginecólogo, médico de atención primaria, especialista en salud pediátrica y adolescente, psiquiatra, otro profesional de la salud mental o una combinación de estos. El propósito de esta Guía de práctica clínica es proporcionar pautas basadas en evidencia para el tratamiento de los trastornos premenstruales. Las recomendaciones de esta guía se aplican a adultos y adolescentes a menos que se indique lo contrario. Debido a que existe evidencia limitada sobre el tratamiento de los trastornos premenstruales en adolescentes, la guía incluida se basa en gran medida en datos extrapolados de poblaciones adultas y en el consenso de expertos.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

ACOG recomienda inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para el tratamiento de la premenstruación afectiva. **síntomas estruales.** (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG recomienda anticonceptivos orales combinados (AOC) para el tratamiento de los síntomas premenstruales generales. (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de los síntomas afectivos premenstruales. (FUERTE RECOMENDACIÓN, CALIDAD BAJA A MODERADA EVIDENCIA)

FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

FUERTE

ACOG recomienda:

Los beneficios claramente superan los daños y las cargas. La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención.

ACOG desaconseja:

Los daños y las cargas claramente superan a los beneficios. La mayoría de los pacientes no deberían recibir la intervención.

CONDICIONAL

ACOG sugiere:

El equilibrio de beneficios y riesgos variará según las características del paciente y sus valores y preferencias. Se recomienda la toma de decisiones individualizada y compartida para ayudar a los pacientes a decidir cuál es el mejor curso de acción para ellos.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA

ALTO

Ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas y metanálisis sin defectos o limitaciones metodológicas graves (p. ej., inconsistencia, imprecisión, variables de confusión)

Evidencia muy sólida proveniente de estudios observacionales sin fallas o limitaciones metodológicas graves. Existe una gran confianza en la exactitud de los hallazgos y es poco probable que más investigaciones cambien esto.

MODERADO

Ensayos controlados aleatorios con algunas limitaciones. Evidencia sólida procedente de estudios observacionales sin limitaciones o defectos metodológicos graves.

BAJO

Ensayos controlados aleatorios con graves defectos. Alguna evidencia de estudios observacionales

MUY BAJO

Observaciones clínicas no sistemáticas. Evidencia muy indirecta de estudios observacionales.

PUNTOS DE BUENAS PRÁCTICAS

Se incorporan puntos de buena práctica sin calificación cuando se considera necesaria orientación clínica en el caso de evidencia extremadamente limitada o inexistente. Se basan en la opinión de expertos y en la revisión de la evidencia disponible.

ACOG sugiere agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) con terapia complementaria hormonal combinada para adultos con pre-resistencia grave y refractaria. **síntomas menstruales.** (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)



ACOG sugiere ejercicio de rutina para ayudar a controlar los síntomas premenstruales físicos y afectivos.

(CONDICIÓN, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG sugiere la administración de suplementos de calcio de 1000 a 1200 mg por día en adultos para ayudar a controlar los síntomas premenstruales físicos y afectivos.

(RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG sugiere el uso de acupuntura para ayudar a controlar los síntomas premenstruales físicos y afectivos.

(CONDICIÓN, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG sugiere medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) para el tratamiento del dolor premenstrual.

ACOG sugiere que los médicos brinden educación a los pacientes sobre los síntomas premenstruales y estrategias de autoayuda para afrontarlos como parte de un enfoque holístico para el tratamiento de los trastornos premenstruales.

La ooforectomía bilateral con o sin histerectomía debe reservarse como opción de tratamiento para adultos con síntomas premenstruales graves sólo cuando el tratamiento médico ha fracasado y las pacientes han sido asesoradas sobre los riesgos asociados y la irreversibilidad del procedimiento. Se recomienda un período de prueba de la terapia con agonistas de GnRH (con o sin tratamiento complementario de estrógenos) antes de la cirugía para predecir la respuesta del paciente al tratamiento quirúrgico.

Se debe considerar la colaboración o derivación a un profesional de salud mental para pacientes con síntomas premenstruales si el diagnóstico no está claro o se sospecha un trastorno del estado de ánimo subyacente.

MÉTODOS

Las Guías de práctica clínica del ACOG brindan recomendaciones de manejo clínico para una afección o procedimiento mediante la evaluación de los beneficios y daños de las opciones de atención a través de una revisión sistemática de la evidencia. Esta guía se desarrolló utilizando un protocolo a priori en conjunto con un equipo de redacción compuesto por dos especialistas en obstetricia y ginecología designados por el Comité de Guías de Práctica Clínica-Ginecología del ACOG y un experto externo en la materia. Una descripción completa de la metodología de la Guía de Práctica Clínica se publica por separado (6). La siguiente descripción es específica de esta Guía de Práctica Clínica.

Busqueda de literatura

Los bibliotecarios médicos del ACOG completaron una búsqueda exhaustiva de literatura primaria en la Biblioteca Cochrane, el Registro de Colaboración Cochrane de Ensayos Controlados, EMBASE, PubMed y MEDLINE. Los parámetros para la búsqueda incluyeron estudios realizados únicamente en humanos publicados en inglés. La búsqueda se restringió a estudios desde 2000 hasta marzo de 2021. Los términos MeSH y las palabras clave utilizados para guiar la búsqueda bibliográfica se pueden encontrar en el Apéndice A (disponible en línea en <http://links.lww.com/AOG/D430>). En septiembre de 2022 se completó una búsqueda de literatura actualizada y dos miembros del equipo de redacción la revisaron utilizando el mismo proceso sistemático que la búsqueda de literatura original. Se realizó una búsqueda bibliográfica adicional en junio de 2023 para garantizar que las fuentes de alto nivel recientemente publicadas se abordaran en el manuscrito final.

Selección de estudios

El personal de investigación del ACOG completó una pantalla de título y resumen de todos los estudios. Dos autores del equipo de redacción evaluaron los estudios que pasaron a la etapa de selección de texto completo (un experto en la materia y un especialista en obstetricia y ginecología) según criterios estandarizados de inclusión y exclusión. Para ser considerados para su inclusión, los estudios debían realizarse en países clasificados muy alto en el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (7) e incluir participantes adultos o adolescentes en edad reproductiva con síntomas premenstruales. Aunque se dio prioridad a las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorios (ECA) y los estudios de cohortes prospectivos, se consideraron los estudios de casos y controles para temas con evidencia limitada, particularmente para resultados poco comunes. En el Apéndice B, disponible en línea en <http://links.lww.com/AOG/D431>, se puede encontrar un diagrama de flujo PRISMA (Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis) de los estudios incluidos y excluidos. A todos los estudios que se sometieron a una evaluación de calidad se les extrajeron detalles clave (diseño del estudio, tamaño de la muestra, detalles de las intervenciones, resultados) y se incluyeron descripciones en las tablas de resumen de evidencia (Apéndice C, disponible en línea en <http://links.lww.com/AOG/D432>).

Desarrollo de recomendaciones

Se aplicó un marco de evidencia a decisión GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluations) modificado para interpretar y traducir la evidencia en borradores de declaraciones de recomendaciones, que se clasificaron según la solidez y la calidad de la evidencia (8, 9). Se incorporaron puntos de buenas prácticas sin calificar para brindar orientación clínica en el caso de evidencia extremadamente limitada o inexistente. Se basan en la opinión de expertos y en la revisión de la evidencia disponible (10). Debido a la falta de estudios sobre la



Para el manejo de los trastornos premenstruales en adolescentes, existen pocas recomendaciones específicas para adolescentes. Con base en la revisión de datos extrapolados de poblaciones adultas y el consenso de expertos, se determinó que las recomendaciones para adultos también se aplican a los adolescentes, con algunas excepciones que se indican en la Guía de práctica clínica.

Todas las recomendaciones y tablas de evidencia de respaldo fueron revisadas, revisadas según corresponda y confirmadas por el Comité de Guías de Práctica Clínica-Ginecología en una reunión. Luego, el manuscrito de la guía fue escrito y posteriormente revisado y aprobado por el Comité de Guías de Práctica Clínica y otros organismos de revisión internos antes de continuar con su publicación.

Uso del lenguaje

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) reconoce y apoya la diversidad de género de todos los pacientes que buscan atención obstétrica y ginecológica. En las partes originales de este documento, los autores buscan utilizar un lenguaje que incluya el género o un lenguaje neutral en cuanto al género. Al describir los resultados de la investigación, este documento utiliza terminología de género informada por los investigadores. Para revisar la política de ACOG sobre lenguaje inclusivo, consulte <https://www.acog.org/clinicalinformation/policy-and-position-statements/statements-of-policy/2022/inclusive-language>.

RESUMEN CLÍNICO

Epidemiología

Hasta el 90% de las mujeres en edad reproductiva informan haber experimentado al menos un síntoma premenstrual (11), y aproximadamente entre el 20% y el 30% experimentan síntomas lo suficientemente molestos como para cumplir con los criterios del síndrome premenstrual (12, 13). Aproximadamente entre el 2% y el 5% de las mujeres reportan síntomas graves e incapacitantes que cumplen con los criterios de diagnóstico del TDPM (14). Las mujeres afectadas por el TDPM experimentan, en promedio, un total de 3.000 días sintomáticos o 3,8 años de discapacidad en sus años reproductivos (15). Las personas con TDPM también informan una menor calidad de vida, más dificultades interpersonales y estrés en las relaciones, y un mayor número de visitas a profesionales de la salud en comparación con las personas sin TDPM (16). Sin embargo, muchas mujeres con trastornos premenstruales no reciben tratamiento. En un estudio, tres cuartas partes de las mujeres no buscaron ayuda o la buscaron sin éxito de un médico en los cinco años anteriores (17, 18).

Es difícil medir la prevalencia de los trastornos premenstruales entre las adolescentes porque los síntomas premenstruales pueden ser difíciles de distinguir de la labilidad emocional y la amplia variación del estado de ánimo que se producen como parte del desarrollo adolescente normal. Un estudio transversal de 171 mujeres adolescentes encontró

que el 61,4% cumplía los criterios de diagnóstico del síndrome premenstrual (según datos adaptados *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* [Cuarta edición] para el TDPM), y más del 50 % informaron síntomas moderados o graves (19). Los síntomas más comunes incluyeron afecto negativo y retención de agua. En un estudio transversal de Corea del Sur de 984 mujeres adolescentes, el 20% de las participantes informó síntomas premenstruales angustiantes y otro 6,7% cumplió con los criterios de diagnóstico de TDPM (20).

Los datos limitados sugieren que la prevalencia de los trastornos premenstruales varía según la raza y el origen étnico (21, 22). Aunque pocos estudios han investigado las causas subyacentes de estas diferencias observadas, debido a que no existe una base biológica o genética para esta variación, dado que la raza es una construcción social, otros factores deben explicar estas disparidades. Por ejemplo, en un estudio de encuesta de 2.718 mujeres premenopáusicas asiáticas, latinas y negras de entre 18 y 40 años, aquellas que experimentaron discriminación racial o de género también tenían más probabilidades de informar síntomas premenstruales y síndrome disfórico premenstrual, lo que concuerda con otras investigaciones que han encontrado una asociación entre la discriminación racial y los efectos adversos para la salud mental (23). Está bien establecido que los determinantes sociales de la salud (es decir, las fuerzas históricas, sociales, políticas y económicas que ayudan a explicar la relación entre las condiciones ambientales y la salud individual) son responsables de una gran parte de las disparidades e inequidades en salud que existen en los Estados Unidos. Estados (24). El racismo y la discriminación sistémicos, en particular, son determinantes sociales importantes de la salud mental (25).

Negros, indígenas y otras personas de color; adolescentes; y las personas transgénero y de género diverso están significativamente subrepresentadas en los estudios sobre trastornos premenstruales. Para ayudar a garantizar una atención equitativa y centrada en el paciente, se necesitan investigaciones futuras para comprender mejor la prevalencia, la presentación y la respuesta al tratamiento de los trastornos premenstruales en diversas poblaciones. Por ejemplo, se necesita más investigación para comprender mejor cómo el racismo y los prejuicios sistémicos y otros determinantes sociales de la salud afectan la presentación de los síntomas premenstruales y la atención que reciben las pacientes. También se necesitan investigaciones para evaluar el efecto de la terapia hormonal de afirmación del género y el tratamiento quirúrgico sobre los síntomas premenstruales graves.

Fisiopatología

Aunque la fisiopatología de los trastornos premenstruales aún no está clara, es probable que sea multifactorial. Las principales teorías implican una mayor sensibilidad a las fluctuaciones normales de estrógeno y progesterona durante la fase lútea del ciclo menstrual y una disfunción de los sistemas neurotransmisores de serotonina y ácido gamma aminobutírico (GABA) (26).

Dado que los síntomas premenstruales están ausentes antes de la menarquia, durante el embarazo y después de la menopausia, las fluctuaciones en los niveles de estrógeno y progesterona



Se entiende que durante el ciclo menstrual desempeñan un papel central. Sin embargo, estos cambios cíclicos en los niveles de hormonas ováricas no desencadenan síntomas en todas las personas que menstrúan, y los síntomas no parecen deberse a un exceso o agotamiento de las hormonas ováricas, porque las investigaciones muestran que los niveles de estrógeno y progesterona son similares en personas con y sin menstruación. síntomas premenstruales (27). Por tanto, se cree que las personas con trastornos premenstruales pueden tener una mayor sensibilidad a las fluctuaciones normales de los niveles de estrógeno y progesterona durante el ciclo menstrual (28).

Existen dos teorías principales sobre la etiopatología de los trastornos premenstruales. La primera teoría propone que la disminución de los niveles de estrógeno en la fase lútea tardía del ciclo menstrual puede desencadenar o exacerbar la desregulación del sistema de serotonina, particularmente el transporte de serotonina (26, 28). Esta teoría está respaldada por el papel de la serotonina en la fisiopatología de otros trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, la evidencia de la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento para los trastornos premenstruales (29) y la exacerbación de los síntomas premenstruales provocada por el agotamiento del triptófano, el principal precursor de la serotonina (30).

La segunda teoría sugiere que los síntomas premenstruales pueden estar relacionados con los efectos de la progesterona y su metabolito, la alopregnanolona, en el sistema GABAérgico. La alopregnanolona es un esteroide neuroactivo que actúa como un poderoso agonista del receptor GABA-A para mejorar los efectos calmantes del neurotransmisor sobre el estado de ánimo (31, 32). Las personas con trastornos premenstruales pueden tener una mayor sensibilidad al aumento y disminución de la alopregnanolona en la fase lútea del ciclo menstrual y experimentar un efecto de abstinencia que conduce a síntomas afectivos como ansiedad y depresión (33). El papel de la alopregnanolona en la patogénesis del TDPM está respaldado por la evidencia de que la administración de agentes experimentales que pueden estabilizar los niveles de alopregnanolona o modular su actividad se asocia con una mejoría de los síntomas del TDPM (33–36). También hay investigaciones que respaldan que los ISRS pueden alterar los niveles de alopregnanolona (37, 38), lo que puede ser un mecanismo de acción adicional que explica el rápido efecto terapéutico de los ISRS, incluso cuando se administran al inicio de los síntomas (39).

Evaluación y Diagnóstico

Los trastornos premenstruales son un diagnóstico de exclusión y los médicos deben descartar otras causas potenciales de síntomas premenstruales, como otros trastornos del estado de ánimo o afecciones médicas generales (26). La evaluación inicial de pacientes que informan síntomas premenstruales requiere una historia médica exhaustiva y una evaluación de los síntomas. Algunos expertos también recomiendan realizar pruebas de detección de rutina para detectar pensamientos y comportamientos suicidas en personas que informan síntomas premenstruales de moderados a graves, basándose en evidencia que sugiere que la enfermedad premenstrual

Las órdenes se asocian con una mayor probabilidad de tendencias suicidas y de autolesiones no suicidas (40, 41). Un resultado positivo del examen debería desencadenar una evaluación inmediata, idealmente, por parte de un profesional de la salud mental.

El diagnóstico de trastornos premenstruales se basa en el informe retrospectivo de los pacientes de que los síntomas han estado presentes en la mayoría de los ciclos menstruales durante el año anterior y en 2 meses de registro prospectivo de síntomas. El seguimiento prospectivo de los síntomas con un diario o calendario de síntomas es importante para ayudar a identificar el patrón y la gravedad de los síntomas a lo largo del ciclo menstrual y para ayudar a mitigar el sesgo de recuerdo y la atribución errónea de la expresión de los síntomas sólo a la fase premenstrual (26, 42, 43). Debido a que los síntomas pueden variar de un ciclo a otro, los expertos generalmente recomiendan que los pacientes registren los síntomas durante dos ciclos consecutivos (1, 43). Un cuestionario de síntomas prospectivos validado y de uso común es el Registro diario de gravedad de los problemas, que está alineado con *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* Criterios de diagnóstico para el TDPM (1, 43–45). Alternativamente, las pacientes pueden llevar un diario o calendario simple que incluya las fechas de sus períodos menstruales y un registro diario de sus síntomas y gravedad (p. ej., asignando una puntuación de 1 a 5) (26). Si un diario de síntomas no es concluyente, el uso de una prueba de 3 meses de terapia con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para suprimir la función de la hormona ovárica puede ayudar a confirmar el diagnóstico (43).

Los resultados del registro prospectivo de síntomas ayudarán a distinguir un trastorno premenstrual de un trastorno médico o del estado de ánimo subyacente. Los síntomas cíclicos que se limitan a la fase premenstrual y los primeros días de la menstruación están asociados con el síndrome premenstrual y el síndrome disfórico premenstrual. Los síntomas que ocurren de forma intermitente a lo largo del ciclo menstrual, en lugar de solo durante el intervalo perimenstrual, sugieren la presencia de una afección médica subyacente o un trastorno del estado de ánimo. Los síntomas crónicos que empeoran durante la fase premenstrual sugieren una exacerbación premenstrual de un trastorno médico o del estado de ánimo subyacente (26). El síndrome premenstrual se puede distinguir del TDPM mediante la aplicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta edición), que requieren la presencia de un mínimo de cinco síntomas, incluido al menos uno de los cuatro síntomas afectivos clave, para establecer un diagnóstico de TDPM (Cuadro 1) (4). La principal distinción entre el síndrome premenstrual y el síndrome disfórico premenstrual es que los síntomas del síndrome disfórico premenstrual son predominantemente afectivos y lo suficientemente graves como para interferir con la capacidad de funcionamiento, comparables con otros trastornos mentales, como un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada (4). Se debe considerar la colaboración o derivación a un profesional de salud mental para pacientes con síntomas premenstruales si el diagnóstico no está claro o se sospecha un trastorno del estado de ánimo subyacente.



Cuadro 1. Criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual

R. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, comenzar *amejorara* los pocos días del inicio de la menstruación y se vuelven *mínimo* ausente en las posmenstruaciones semanales.

B. Debe estar presente uno (o más) de los siguientes síntomas:

1. Marcada labilidad afectiva (p. ej., cambios de humor; sensación repentina de tristeza o llanto, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Marcada irritabilidad o ira o aumento de conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo marcado de depresión, sentimientos de desesperanza o pensamientos de autocrítica.
4. Ansiedad marcada, tensión y/o sensación de estar nervioso o nervioso.

C. Uno (o más) de los siguientes síntomas debe estar presente adicionalmente para alcanzar un total de *cinco* síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B anterior.

1. Disminución del interés en las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, pasatiempos).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatiga fácil o marcada falta de energía.
4. Cambio marcado en el apetito; comer en exceso; o antojos de alimentos específicos.
5. Hipersomnias o insomnio.
6. Una sensación de estar abrumado o fuera de control.
7. Síntomas físicos como sensibilidad o hinchazón de los senos, dolor en las articulaciones o músculos, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A a C deben haberse cumplido en la mayoría de los ciclos menstruales que ocurrieron en el año anterior.

D. Los síntomas se asocian con malestar clínicamente significativo o interferencia con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y eficiencia en el trabajo, la escuela o el hogar).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como un trastorno depresivo mayor, un trastorno de pánico, un trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos trastornos).

F. El criterio A debe confirmarse mediante calificaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico podrá realizarse provisionalmente antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Reimpreso con permiso del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, DSM-5*, págs. 171–172 (Copyright © 2013). Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Reservados todos los derechos.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS Y RESUMEN DE EVIDENCIA

Enfoque de gestión

Después de determinar el momento, el tipo y la gravedad de los síntomas premenstruales, los médicos y las pacientes pueden discutir diferentes enfoques de tratamiento. Las opciones de tratamiento varían desde intervenciones conductuales y de estilo de vida hasta tratamiento médico con ISRS que mejoran la transmisión de serotonina o con agentes hormonales que suprimen la ovulación. La siguiente discusión presenta

opciones de tratamiento en orden de eficacia demostrada y nivel de recomendación. Sin embargo, esta organización no debe interpretarse como un algoritmo de tratamiento. Se recomienda la toma de decisiones compartida, incluida una discusión sobre las preferencias y objetivos de tratamiento de los pacientes, así como los beneficios y riesgos de las opciones de tratamiento disponibles, para ayudar a los pacientes a decidir cuál es el tratamiento más adecuado para ellos.

Muchos pacientes pueden beneficiarse de un enfoque multimodal que combine varias intervenciones. Por ejemplo, las pacientes que desean protección contra el embarazo pueden optar por el tratamiento médico con AOC junto con el inicio de un estilo de vida.



(p. ej., ejercicio) y los pacientes con TDPM o síntomas predominantemente afectivos pueden beneficiarse de la prescripción de ISRS y la derivación a un profesional de salud mental para recibir asesoramiento psicológico (46).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

ACOG recomienda inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para el tratamiento de los síntomas afectivos premenstruales.^{(FUERTE RECOM-}

MENDACIÓN, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

La eficacia y seguridad de los ISRS para el tratamiento de los trastornos premenstruales está respaldada por evidencia de múltiples ECA (29), y las guías de expertos recomiendan los ISRS como una opción de tratamiento farmacológico de primera línea para el tratamiento de los síntomas afectivos premenstruales (43, 45, 47). . Aunque la mayoría de los estudios sobre los ISRS para el tratamiento de los síntomas premenstruales han incluido participantes que cumplían con los criterios de diagnóstico de TDPM, los ISRS también son eficaces en el tratamiento de pacientes con síndrome premenstrual de moderado a grave (2, 48, 49). Actualmente, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) ha aprobado tres ISRS (sertralina, paroxetina y fluoxetina) para tratar el síndrome disfórico premenstrual (50–52). La evidencia limitada muestra que el inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina, venlafaxina, también mejora los síntomas premenstruales (53, 54).

Eficacia

En una revisión Cochrane de 2013 de 31 ensayos aleatorios controlados con placebo, los ISRS en dosis moderadas (sertralina, fluoxetina, paroxetina, escitalopram y citalopram) fueron significativamente más efectivos que el placebo para mejorar los síntomas generales, medidos por una disminución en las puntuaciones de los síntomas autoevaluados en un cuestionario de detección validado (tamaño del efecto moderado: diferencia de medias estandarizada [DME]20,65, IC del 95% 20,46 a20,84; nueve estudios, norte51.276) (29). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también fueron más eficaces que el placebo para reducir síntomas específicos: psicológicos (tamaño del efecto moderado: DME20,51, IC del 95%20,37 a 20,65; cinco estudios, norte5795), deterioro funcional (tamaño del efecto moderado: DME2 0,71; IC del 95 %20,49 a20,93; dos estudios, norte5334), irritabilidad (tamaño del efecto moderado: SMD 20,56, IC del 95%20,40 a20,72; cinco estudios, norte5655) y físico (tamaño de efecto pequeño: SMD 0,43; IC del 95% 20,21 a20,65; cinco estudios, norte5781) (29). Se determinó que la calidad general de la base de evidencia de los ECA era moderada debido a preocupaciones sobre la mala presentación de informes sobre los métodos, el desgaste y los informes selectivos, y la heterogeneidad moderada entre los estudios (29).

Regímenes de dosificación

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen un inicio de acción rápido en el tratamiento de los síntomas premenstruales y pueden comenzar a mejorar los síntomas en cuestión de días (29). Por el contrario, cuando se utilizan ISRS para tratar la depresión, generalmente se requiere un tratamiento diario durante varias semanas para los síntomas.

mejora del tom. Debido a esta rápida respuesta al tratamiento, los ISRS se pueden administrar de forma continua o intermitente (es decir, durante la fase lútea del ciclo menstrual o desde el inicio de los síntomas hasta el inicio de la menstruación). Una ventaja de la administración intermitente es que puede reducir el riesgo de efectos adversos y de síntomas de interrupción cuando se suspende el medicamento (39, 55). La evidencia disponible limitada sugiere que los regímenes de dosificación continua e intermitente tienen una eficacia comparable (29, 56); sin embargo, se necesitan estudios comparativos adicionales a largo plazo para confirmar estos hallazgos (29).

Efectos adversos

Los efectos adversos más comunes asociados con una dosis moderada de ISRS incluyen náuseas (odds ratio [OR] 3,43, IC 95 % 2,63–4,47), astenia o disminución de energía (OR 3,28, IC 95 % 2,16–4,98), somnolencia y disminución de la concentración. (OR 4,94, IC 95 % 2,82–8,63), fatiga (OR 1,66, IC 95 % 1,09–2,53), disfunción sexual o disminución de la libido (OR 2,26, IC 95 % 1,54–3,31) y sudoración (OR 3,02, IC 95 % IC 1,79–5,11) (29). La mayoría de estos síntomas se atenúan con el tratamiento crónico, aunque los cambios en la función sexual y la libido suelen persistir mientras se continúa el tratamiento.

Duración y discontinuación del tratamiento

La tasa de recaída es alta entre las personas que interrumpen el tratamiento con ISRS por trastornos premenstruales (57), y la mayoría de las personas con trastornos premenstruales probablemente necesitarán tratamiento hasta la menopausia. Las personas que siguen regímenes de tratamiento continuo requerirán una reducción gradual de la medicación si deciden suspender el tratamiento. La asistencia de un psiquiatra puede ser útil para guiar la reducción gradual de la medicación. Los ISRS de acción corta (p. ej., paroxetina, sertralina) se asocian con la mayor probabilidad de síntomas de interrupción.

Resistencia al tratamiento

Es posible que algunas personas con síntomas premenstruales no respondan al medicamento ISRS inicial recetado. Los médicos primero deben confirmar que el paciente está tomando el medicamento según las indicaciones. Puede ser útil cambiar de un régimen de dosificación intermitente a uno continuo, especialmente para pacientes que tienen dificultades para recordar tomar su medicación. Otra opción es aumentar la dosis durante la última semana del ciclo menstrual. Si el paciente aún no responde o experimenta efectos adversos molestos, se debe considerar cambiar a un ISRS diferente o derivarlo a un psiquiatra u otro profesional de salud mental.

Consideraciones para adolescentes

Aunque la fluoxetina y la sertralina están aprobadas por la FDA para tratar el trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo compulsivo, respectivamente, en adolescentes (50, 52), el uso de ISRS en adolescentes con trastornos premenstruales no se ha evaluado rigurosamente. Una consideración importante para el uso de ISRS en adolescentes y



adultos jóvenes (hasta los 24 años) es la advertencia de “recuadro negro” de la FDA con respecto a un mayor riesgo de ideación y comportamiento suicida (58). La advertencia de la FDA se basa en el análisis de evidencia conjunta de 24 ensayos clínicos en los que participaron más de 4,400 niños y adolescentes que demostraron que el uso a corto plazo (de 4 a 16 semanas) de ISRS u otros antidepresivos para el tratamiento de la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo u otra enfermedad psiquiátrica se asoció con un mayor riesgo promedio de pensamientos o intentos suicidas en comparación con el placebo (4% frente a 2%) (58). En estos ensayos no se informaron suicidios (58).

Sin embargo, los ISRS no están contraindicados en adolescentes, y las guías de expertos basadas en evidencia sobre el tratamiento de la depresión y la ansiedad en adolescentes incluyen los ISRS como una opción de tratamiento, porque se cree que los posibles beneficios generales superan los posibles daños con una estrecha vigilancia de las tendencias suicidas (59– 61). Los médicos que prescriben ISRS a adolescentes o adultos jóvenes deben vigilar a los pacientes para detectar la aparición o el empeoramiento de ideas suicidas o conductas suicidas o ambas, particularmente dentro de los primeros meses de inicio del tratamiento y al aumentar o disminuir la dosis del medicamento (58). La expresión de pensamientos suicidas debe provocar la interrupción del medicamento y la derivación a un profesional de salud mental, idealmente un psiquiatra pediátrico y de adolescentes.

Manejo médico hormonal

Las intervenciones hormonales que se han investigado para el tratamiento de los síntomas premenstruales incluyen anticonceptivos orales combinados (AOC), agonistas de GnRH, métodos que sólo contienen progesterina y formulaciones continuas de estrógeno no anticonceptivos. La evidencia más abundante y de mayor calidad respalda el uso de AOC y agonistas de GnRH. La evidencia disponible no respalda la eficacia de los suplementos de progesterona y progesterinas o del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel de 52 mg para el tratamiento de los síntomas premenstruales (43, 62-64). La evidencia limitada de baja calidad sugiere que el estrógeno continuo en dosis no anticonceptivas (administradas como implante subcutáneo o parche transdérmico) más progesterona puede mejorar los síntomas premenstruales, pero se necesitan estudios adicionales de mayor calidad para abordar preguntas sobre la dosis óptima y el riesgo de eventos adversos. sesenta y cinco). Aunque el parche anticonceptivo y el anillo vaginal tienen el mismo mecanismo de acción que los AOC, se necesita investigación para confirmar si estos métodos están asociados con una reducción de los síntomas premenstruales.

Anticonceptivos orales combinados

ACOG recomienda anticonceptivos orales combinados (AOC) para el tratamiento de los síntomas premenstruales generales.(FUERTE RECOMENDACIÓN- CIÓN, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

Se cree que los anticonceptivos orales combinados tratan los trastornos premenstruales al suprimir la ovulación y

las fluctuaciones acompañantes en los niveles de estrógeno y progesterona que se cree que desencadenan los síntomas. La evidencia de ECA de baja calidad demuestra que los AOC se asocian con una mejoría en la gravedad general de los síntomas premenstruales y el deterioro funcional (66, 67). Sin embargo, los AOC pueden no ser eficaces para los síntomas del estado de ánimo, en particular los síntomas depresivos premenstruales (66, 67). Aunque se necesitan estudios de mayor calidad para confirmar la eficacia de los AOC para el tratamiento de los síntomas premenstruales, los AOC son una opción de tratamiento razonable para la mayoría de las pacientes con síntomas premenstruales generales y anticoncepción) probablemente superarán los beneficios. riesgos. Sin embargo, para las pacientes que informan que la depresión premenstrual es su principal preocupación, se recomienda la toma de decisiones compartida y debe incluir la discusión de otras opciones de tratamiento disponibles con eficacia demostrada para el manejo de la depresión premenstrual, como los ISRS y la TCC, que pueden usarse como complementos o alternativas. al tratamiento con AOC.

La mayoría de las investigaciones sobre los AOC para el tratamiento de los síntomas premenstruales se han centrado en formulaciones que contienen la progesterina drospirenona (66), y el único AOC aprobado por la FDA para el tratamiento del TDPM entre personas que buscan anticonceptivos es una formulación que contiene drospirenona (3 mg drospirenona, 20 microgramos de etinilestradiol en un régimen de 24 días) (68). Sin embargo, otras formulaciones de AOC también se han asociado con una reducción de los síntomas premenstruales (66).

Un metanálisis de datos de nueve ensayos aleatorios controlados con placebo que compararon AOC que incluían diversas progesterinas demostró una reducción moderada en las puntuaciones generales de los síntomas premenstruales en un cuestionario de detección validado (DME 0,41; IC del 95 %: 0,17 a 0,67; seis ensayos) (66). Sin embargo, los AOC no fueron más efectivos que el placebo para disminuir las puntuaciones de los síntomas premenstruales depresivos (DME 0,22; IC del 95 %).2 0,06 a 0,47; ocho ensayos). La eficacia del tratamiento no difirió según el tipo de progesterina (drospirenona, desogestrel, levonorgestrel o nomegestrol) o régimen (24 días, 21 días, continuo) (66). Los autores del metanálisis advirtieron que los hallazgos estaban limitados por la baja calidad metodológica y el pequeño tamaño de las muestras de los estudios incluidos y el uso de evidencia indirecta para comparar las diversas formulaciones y regímenes de AOC (66).

Una revisión Cochrane de cinco ECA de AOC que contienen drospirenona informó hallazgos similares (67). Además de una reducción moderada en las puntuaciones generales de los síntomas (SMD20,41; IC del 95 %20,59 a20,24; dos ECA, norte5 514), los AOC que contienen drospirenona se asociaron con disminuciones pequeñas a moderadas en los síntomas de deterioro funcional, como la productividad reducida (diferencia de medias [DM]20,31; IC del 95 %20,55 a20,08; dos ECA, norte5 432) e interferencia con actividades sociales (MD



20,29; IC del 95 %20,54 a20,04; dos ECA, norte5432) y relaciones (MD20,30, IC del 95%20,54 a20,06; dos ECA, norte 5432) (67). Sin embargo, los AOC que contienen drospironona no se asociaron con una mejora significativa en los síntomas del estado de ánimo premenstrual en comparación con el placebo. La calidad general de la evidencia se calificó de baja a moderada debido a la gran respuesta al placebo en los ensayos y a las preocupaciones sobre la imprecisión y la heterogeneidad (67).

Al iniciar el uso de AOC, es importante una educación integral sobre los beneficios, los posibles efectos adversos (como náuseas, dolor en los senos, sangrado intermenstrual) (67) y el riesgo de complicaciones graves para garantizar que las pacientes estén bien informadas (69). Antes de recetar AOC, los médicos deben evaluar a las pacientes para detectar factores de riesgo tromboembólicos y asesorarlas sobre el mayor riesgo de tromboembolismo venoso asociado con el uso de AOC (70, 71).

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina

ACOG sugiere agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) con terapia complementaria hormonal combinada para adultos con síntomas premenstruales graves y refractarios.

(CONDICIONAL RECOMENDACIÓN,
EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina inducen la anovulación, lo que elimina la fase premenstrual y sus síntomas asociados. Aunque la evidencia disponible respalda la eficacia terapéutica de los agonistas de GnRH para los síntomas premenstruales en adultos, no se recomiendan como opción de tratamiento de rutina porque se asocian con efectos hipostrogénicos adversos, particularmente síntomas vasomotores y disminución de la densidad ósea (43, 47). El tratamiento con agonistas de GnRH debe reservarse para pacientes adultas que presentan síntomas premenstruales físicos y afectivos graves que no han respondido a otros tratamientos. Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina generalmente no se usan para tratar los síntomas premenstruales en adolescentes debido a la falta de datos de eficacia en esta población y a la preocupación por los efectos adversos a largo plazo sobre la salud ósea.

Se recomienda la terapia complementaria hormonal combinada al inicio del tratamiento con agonistas de GnRH para ayudar a mitigar los efectos adversos hipostrogénicos (43, 47); sin embargo, algunos estudios han encontrado que la terapia complementaria puede precipitar una recurrencia de los síntomas premenstruales (27, 72). La mayoría de los estudios de agonistas de GnRH para el tratamiento de los síntomas premenstruales evaluaron hasta 6 meses de uso con o sin terapia hormonal complementaria (27, 72, 73). Para las pacientes que presentan una mejoría de los síntomas premenstruales sin efectos adversos significativos después de 6 meses de tratamiento con agonistas de GnRH con terapia complementaria, la opción de continuar

Se puede considerar el tratamiento después de un asesoramiento centrado en el paciente sobre los posibles beneficios y riesgos.

En un metanálisis de cinco ensayos aleatorios controlados con placebo, los análogos de los agonistas de GnRH se asociaron con una disminución de los síntomas premenstruales generales en mujeres en edad reproductiva (SMD21,19, IC del 95%21,88 a 20,51; norte5115) (73). Aunque los agonistas de GnRH parecían ser más eficaces para los síntomas físicos que para los síntomas afectivos, la tendencia no fue estadísticamente significativa (73). Un subanálisis de los datos de tres de los ensayos mostró una eficacia del tratamiento similar con y sin terapia hormonal complementaria (DME 0,12; IC del 95 %20,35 a 0,58; norte566) (73).

La terapia hormonal complementaria se asoció con una recurrencia de los síntomas en algunos estudios (27, 72). Sin embargo, esto parece ser un efecto a corto plazo, y el uso de una dosis baja y continua de terapia complementaria hormonal combinada puede mitigar la recurrencia de los síntomas premenstruales (27, 72). En un ensayo aleatorio que comparó tres regímenes complementarios diferentes entre 25 mujeres que recibieron terapia con agonistas de GnRH para el síndrome disfórico premenstrual, el régimen combinado con la dosis más alta de estradiol (1,5 mg de estradiol tóxico al día y 400 mg de progesterona vaginal en fase lútea) se asoció significativamente con mayor recurrencia de los síntomas que el régimen combinado de dosis más baja (0,5 mg de estradiol al día con 400 mg de progesterona vaginal en fase lútea). Aunque la incidencia de recurrencia de los síntomas fue más baja entre aquellos que recibieron el régimen complementario de estrógeno solo (1,5 mg de estradiol tóxico al día con placebo) (PAG, 001), no se recomienda la terapia con estrógenos sin oposición debido al riesgo asociado de hiperplasia o malignidad endometrial (72). En otro pequeño estudio (N512) de la terapia con agonistas de GnRH y el tratamiento complementario para el TDPM, se observó recurrencia de los síntomas premenstruales durante el primer mes del tratamiento complementario hormonal combinado (estradiol 100 mg al día mediante parche cutáneo y progesterona vaginal 200 mg dos veces al día), pero los efectos fueron a corto plazo y disminuyeron en los meses 2 y 3, cuando los niveles de hormonas ováricas alcanzaron un estado estable (27).

Terapia de conducta cognitiva

ACOG recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la pre-afectividad. síntomas menstruales.

(RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE CALIDAD BAJA A MODERADA)

Los tratamientos cognitivo-conductuales ayudan a replantear patrones de pensamiento negativos e irracionales y, a menudo, incluyen educación sobre técnicas de relajación, habilidades para resolver problemas y manejo del estrés (47). La terapia cognitivo-conductual es la intervención psicosocial más estudiada para el tratamiento de los síntomas premenstruales y está incluida como una opción de tratamiento recomendada en las guías de expertos sobre el tratamiento de los trastornos premenstruales (43, 45, 47, 74). Evidencia de ECA más antiguos y de baja calidad y ensayos aleatorios con limitaciones metodológicas graves (p. ej., tamaño de muestra pequeño, altas tasas de deserción,



falta de una condición de control riguroso y posible sesgo de notificación) muestra que la TCC se asocia con una mejoría pequeña a moderada en los síntomas afectivos premenstruales (p. ej., ansiedad, depresión) (74–76). Se ha demostrado una mejora similar en ECA más recientes y de mayor calidad (77, 78).

Dado que la TCC no está asociada con daños médicos o efectos adversos, sus beneficios potenciales probablemente superen los riesgos para la mayoría de las pacientes con síntomas afectivos premenstruales. Sin embargo, una advertencia importante es que el acceso a la TCC puede estar limitado por varios factores, incluido el costo del tratamiento, el tiempo requerido para participar en la terapia y el número limitado de profesionales de salud mental con la capacitación especializada requerida. Las intervenciones de asesoramiento TCC en línea pueden ayudar a superar algunas de estas barreras del tratamiento, pero sólo para quienes tienen acceso a un servicio de Internet confiable. La toma de decisiones compartida entre paciente y médico debe incluir la discusión de estas consideraciones. Los médicos que planean recomendar la TCC a los pacientes deben considerar tener a mano una lista actualizada de profesionales de salud mental calificados para derivarlos.

En un metanálisis de nueve ECA de baja calidad sobre los efectos de las intervenciones psicológicas (TCC, educación del paciente, seguimiento de los síntomas) sobre los síntomas premenstruales, la TCC fue la única intervención asociada con reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de los síntomas en comparación con el control: ansiedad (moderada tamaño del efecto 0,20,58; IC del 95 %: -1,15 a 0,01; dos ensayos, n=551), depresión (tamaño del efecto moderado 0,20,55; 95% 0,21,05 a 0,05; tres ensayos, n=567), cambios de comportamiento negativos (tamaño del efecto moderado 0,20,70, IC del 95% 0,21,29 a 0,10; dos ensayos, n=547), e interferencia con la vida diaria (tamaño del efecto moderado 0,20,78; IC del 95 % 0,21,53 a 0,03; dos ensayos, n=539) (75). De manera similar, un metanálisis más reciente de 11 estudios de baja calidad (seis ECA y cinco ensayos no aleatorios) de diversas intervenciones psicosociales (TCC, educación del paciente y grupo de apoyo social) encontró que el entrenamiento de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductual era la única intervención asociada con una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones generales de síntomas premenstruales (SMD 0,53, IC del 95% 0,20,77 a 0,28) (74).

En el único estudio que comparó directamente la TCC con los ISRS para el tratamiento de trastornos premenstruales, los participantes con TDPM (N=108) fueron aleatorizados para recibir TCC, fluoxetina o tratamiento combinado. Aunque la fluoxetina se asoció con una respuesta más rápida al tratamiento, la eficacia de la TCC a los 6 meses fue comparable con la fluoxetina sola y con el tratamiento combinado con fluoxetina y TCC (76). La mejora de los síntomas con la TCC también se mantuvo por más tiempo. Entre los 51 participantes que completaron un seguimiento de 1 año, significativamente menos participantes en el grupo de TCC cumplieron los criterios de diagnóstico de TDPM (17%, 3/17) en comparación con los grupos de fluoxetina (59%, 10/17) y tratamiento combinado (43%, 6/14) (PAG, 04)

(76). Sin embargo, la certeza de los hallazgos está limitada por el pequeño tamaño de la muestra del estudio, la evaluación inadecuada de los resultados y la alta tasa de deserción.

ECA más recientes de calidad baja a moderada demuestran una mejoría de los síntomas afectivos premenstruales utilizando diferentes formatos de entrega, como la TCC en pareja y la TCC por Internet (77, 78). En un pequeño ECA (N=63), la TCC individual y la TCC de parejas tuvieron un rendimiento similar y se asociaron con mejoras significativamente mayores que el control en lista de espera en las puntuaciones totales de síntomas premenstruales (PAG 5.01), reactividad emocional/puntuaciones de humor (PAG 5.01) y puntuaciones de malestar premenstrual (PAG, 001) que se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento (77). Otro ECA de 174 mujeres con TDPM que comparó la eficacia de un programa de TCC basado en Internet y guiado por un terapeuta de 8 semanas con un control en lista de espera encontró que las participantes que recibieron tratamiento de TCC experimentaron una mejora de moderada a grande en el deterioro psicológico (PAG#.001) y en deterioro funcional (PAG#.001), así como una reducción moderada en la interferencia con las actividades de la vida cotidiana (PAG#.001) y la intensidad de los síntomas (PAG#.001). Los efectos del tratamiento se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento (78).

Ejercicio

ACOG sugiere ejercicio de rutina para ayudar a controlar los síntomas premenstruales físicos y afectivos.
toms.(RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

La evidencia disponible sugiere que el ejercicio moderado de rutina (p. ej., aeróbico, yoga, Pilates) se asocia con una mejoría de los síntomas premenstruales (79–81). El ejercicio puede reducir los síntomas premenstruales a través de varias vías, incluidos los efectos sobre los niveles de beta endorfina, cortisol y hormonas ováricas (47, 80, 82, 83).

La alta heterogeneidad en el diseño del estudio (aleatorizado, no aleatorizado, observacional), las características de la intervención y los resultados dificultan sacar conclusiones definitivas sobre la magnitud del beneficio, así como el tipo y la duración del ejercicio que son más efectivos. Aunque se necesitan estudios adicionales de mayor calidad para confirmar los beneficios del ejercicio para el manejo de los síntomas premenstruales, dados sus beneficios generales para la salud, el ejercicio de rutina puede considerarse como parte de un enfoque holístico del manejo, particularmente para pacientes que rechazan o tienen contraindicaciones para las terapias médicas. Debido a que no está claro si un tipo de ejercicio es más beneficioso que otro para mejorar los síntomas premenstruales, se debe alentar a las pacientes a participar en un programa de ejercicio de su interés. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan que todos los adultos realicen al menos 150 a 300 minutos por semana de actividad de intensidad moderada o 75 a 150 minutos por semana de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa (o una combinación de ambas) (84).



Una revisión sistemática de 2020 de 17 estudios aleatorios y no aleatorios que incluyeron un total de 8817 mujeres encontró que el ejercicio regular (incluido el ejercicio aeróbico, el entrenamiento de fuerza, el yoga y el Pilates) se asociaba con una mejora de los síntomas premenstruales, en particular la ansiedad, la ira y el dolor general, estreñimiento y sensibilidad mamaria (79). **Ejercicio regular** En general, en todos los estudios se definió como de 1 a 5 sesiones semanales que oscilaban entre 20 y 90 minutos cada una (aunque algunos estudios informaron solo el número total de horas de ejercicio por semana). La duración del ejercicio en los estudios incluidos varió de 1 a 3 meses (tres estudios no especificaron la duración). El metanálisis no fue posible debido a la alta heterogeneidad de los diseños e intervenciones de los estudios (79).

Los resultados de otra revisión sistemática de 14 estudios sugieren que el yoga puede ser beneficioso para los síntomas premenstruales generales, particularmente los síntomas afectivos (81). Los regímenes de yoga en los estudios incluidos oscilaron entre 2 y 16 semanas, con sesiones individuales que duraron entre 10 y 90 minutos cada una. El metanálisis de 11 de estos estudios mostró una mejoría significativa en las puntuaciones totales de síntomas premenstruales (DME 3,15; IC del 95 %: 0,99 a 5,32; dos estudios; N5 88) y en las puntuaciones de síntomas afectivos (DME 1,46; IC del 95 %: 0,40 a 2,53; cinco estudios, N5178). Aunque cuatro estudios (N5 152) mostró una tendencia hacia la mejora de los síntomas físicos, no fue estadísticamente significativa (DME 0,94, IC del 95 % 0,20,09 a 1,97) (81).

Calcio

ACOG sugiere la administración de suplementos de calcio de 1000 a 1200 mg por día en adultos para ayudar a controlar los síntomas premenstruales físicos y afectivos. **toms.** (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

El calcio se ha estudiado como una opción de tratamiento para los síntomas premenstruales basándose en la hipótesis de que los síntomas pueden estar relacionados con un metabolismo disfuncional del calcio que se ve exacerbado por el aumento de estrógeno (que se sabe que reduce los niveles de calcio) durante la fase lútea del ciclo menstrual. (85). Aunque la evidencia disponible sugiere que el calcio puede mejorar los síntomas premenstruales, los datos son muy limitados y no existe un consenso de expertos sobre su utilidad (43, 45, 47). Sin embargo, dados sus efectos beneficiosos comprobados sobre los huesos y la salud general (86) y el bajo riesgo de daño cuando la ingesta se mantiene dentro de los límites recomendados, la suplementación de calcio (1000-1200 mg/día) puede considerarse como parte de un enfoque holístico para el tratamiento de la enfermedad. síntomas premenstruales en adultos, particularmente para aquellas que rechazan o tienen contraindicaciones a las terapias médicas. A los pacientes que estén interesados en tomar suplementos de calcio se les debe informar que el Instituto de Medicina (ahora conocido como Academia Nacional de Medicina) recomienda que los adultos de edad

Las personas de entre 19 y 50 años no consumen más de 2500 mg/día de calcio de todas las fuentes, incluidos alimentos, bebidas y suplementos (87).

La mayor parte de la evidencia que respalda la suplementación con calcio para el tratamiento de los síntomas premenstruales proviene de un ECA doble ciego controlado con placebo que incluyó a 466 mujeres (de 18 a 45 años) con síndrome premenstrual de 12 centros médicos en las regiones norte y sur del país. Estados Unidos (88). En el tercer ciclo de tratamiento, la suplementación con calcio (1200 mg/día) se asoció con una mayor reducción en las puntuaciones de los síntomas desde el inicio en comparación con el placebo: afecto negativo (45% frente a 28%, *PAG*.001), retención de agua (36% vs 24%, *PAG*.001), antojos de comida (54% frente a 34%, *PAG*.05) y dolor (54% vs.215%, *PAG*.001). Las reacciones adversas fueron generalmente menores e incluyeron dolor de cabeza, náuseas, estreñimiento y malestar gastrointestinal (88). De manera similar, un ECA anterior más pequeño (N533) demostraron que 3 meses de suplementación diaria de calcio (1000 mg/d) se asociaron con una disminución pequeña pero estadísticamente significativa en las puntuaciones de los síntomas premenstruales para el afecto negativo (*PAG*5.045), retención de agua (*PAG*5.003), y dolor (*PAG*5.036) (89). Sin embargo, un estudio piloto doble ciego más reciente que incluyó a 39 mujeres de 18 a 39 años con síndrome premenstrual de moderado a grave que fueron asignadas al azar para recibir fluoxetina (20 mg/día), calcio (1200 mg/día) o placebo encontró que, aunque el calcio mostró un pequeño beneficio, no se asoció con una mejora estadísticamente significativa en las puntuaciones de los síntomas (90).

ACOG sugiere una ingesta adecuada de calcio en adolescentes para ayudar a controlar la premenstrual física. **síntomas estruales.** (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

La suplementación con calcio no se ha estudiado como tratamiento para los síntomas premenstruales en adolescentes. Sin embargo, evidencia muy limitada sugiere que las adolescentes que consumen la cantidad diaria recomendada de calcio a través de fuentes dietéticas pueden experimentar una reducción de los síntomas físicos premenstruales (19, 91). Dado que el calcio también tiene beneficios comprobados para los huesos y la salud general y un bajo riesgo de daño si la ingesta se mantiene dentro de los límites diarios recomendados, es razonable recomendar a los pacientes adolescentes que consuman la cantidad diaria recomendada de calcio (1300 mg sin exceder los 2000 mg.) (87) como una opción nutricional para ayudar a controlar los antojos de alimentos y los síntomas físicos premenstruales.

En un estudio transversal que incluyó a 105 adolescentes de entre 10 y 17 años que cumplían *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* criterios de diagnóstico para el TDPM, los participantes que consumieron más de 200 ml de leche, 300 ml de yogur y 50 g de queso por día informaron una menor frecuencia de hinchazón abdominal (*PAG*5.017), calambres (*PAG*5.017), antojos de comida (*PAG*5.021), y aumento del apetito (*PAG*5.021) (19).



Acupuntura

ACOG sugiere el uso de la acupuntura para ayudar en el manejo físico y afectivo premenstrual

síntomas.^(EVIDENCIA DE CALIDAD BAJA-CONDICIONAL)

La acupuntura puede mitigar los síntomas premenstruales a través de varias vías, incluida la modulación de los niveles endógenos de opioides, prostaglandinas y marcadores inflamatorios (92). Aunque la evidencia de ECA disponible sugiere que la acupuntura se asocia con una mejoría de los síntomas premenstruales físicos y afectivos (92, 93), la certeza de sus beneficios está limitada por la baja calidad y la alta heterogeneidad de los estudios. Debido a estas limitaciones, algunos expertos advierten que se necesitan más estudios antes de poder hacer una recomendación sobre el uso de la acupuntura para el tratamiento de los síntomas premenstruales (43, 45). Sin embargo, dados los beneficios potenciales de la acupuntura y el bajo riesgo de daño, es razonable incluirla como parte de un enfoque holístico para el manejo de los síntomas premenstruales, particularmente para pacientes que rechazan o no pueden recibir tratamiento médico. La toma de decisiones compartida entre paciente y médico debe incluir la consideración del costo del tratamiento porque muchos planes de seguro médico no incluyen cobertura para la acupuntura (94). Para los pacientes que deben pagar de su bolsillo, el costo del tratamiento puede superar sus beneficios potenciales.

Una revisión sistemática Cochrane que informó los resultados de una ECA (N567) que compararon dos o tres sesiones semanales de tratamiento de acupuntura durante 2 meses con acupuntura simulada, encontraron que el tratamiento activo se asoció con una mayor reducción en las puntuaciones de los síntomas afectivos premenstruales (MD29,03, IC del 95%210,71 a27,35) y puntuaciones de síntomas físicos (DM29,11, IC del 95%210,82 a27,40) y una mayor mejora en las puntuaciones de calidad de vida (DM 2,85, IC 95% 1,47-4,23) (92). No se informaron eventos adversos graves en todos los estudios (92). En la revisión se incluyeron varios otros ECA, pero el metanálisis no fue posible debido a la alta heterogeneidad en las características de la intervención y las medidas de resultado entre los estudios. La certeza general de la evidencia fue muy baja dada la alta heterogeneidad y las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos (tamaños de muestra pequeños y riesgo de sesgo relacionado con la selección y el cegamiento).

En otra revisión sistemática y metanálisis, las participantes que recibieron acupuntura (aproximadamente 30 sesiones durante tres ciclos menstruales) tuvieron más probabilidades de experimentar una mejoría de los síntomas premenstruales que aquellas que recibieron tratamiento de progestina con medroxiprogesterona (4 a 6 mg/día) (RR combinado 1,49, IC del 95%: 1,27-1,74; cuatro ECA, N5 232, PAG,001) (93). La adición de acupuntura al tratamiento con progestina (medroxiprogesterona, 6 mg/día) se asoció con una mayor mejoría de los síntomas que el tratamiento con progestina sola (RR 1,52; IC del 95 %: 1,04 a 2,22; un ensayo, N544, PAG5.03) (93). Los estudios no informaron sobre eventos adversos.

Vitex agnus castus

Vitex agnus castus, también conocido como sauzgatillo, se ha estudiado como un remedio a base de hierbas para los síntomas premenstruales. Aunque su mecanismo de acción exacto no está claro, se cree que alivia los síntomas premenstruales mediante la estimulación de los receptores de dopamina, lo que da como resultado una modulación posterior de los niveles de prolactina y progesterona (95, 96). La evidencia de ECA de calidad baja a moderada demuestra que *Vitex agnus castus* es bien tolerado y se asocia con una mejoría de los síntomas premenstruales (95-97). Sin embargo, una limitación importante en la interpretación de la evidencia es la alta heterogeneidad de formulaciones y dosis entre los estudios. Dada esta incertidumbre, el ACOG está de acuerdo con otras pautas de tratamiento de expertos en que se necesitan más estudios antes de poder hacer una recomendación sobre el uso de *Vitex agnus castus* para el tratamiento de los síntomas premenstruales (43, 45, 47).

Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos

ACOG sugiere medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el tratamiento de los síntomas del dolor premenstrual.^(RECOMENDACIÓN CONDICIONAL)

^(MENDACIÓN, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos inhiben la producción de prostaglandinas, que median el dolor y los procesos inflamatorios implicados en la fisiopatología de la dismenorrea (98). La evidencia limitada de varios ensayos aleatorios de baja calidad (tamaños de muestra pequeños, corta duración, informes de datos incompletos) muestra que los AINE se asocian con una reducción de los síntomas físicos premenstruales (p. ej., calambres abdominales, dolores de cabeza, dolores corporales generales), así como algunos relacionados con el estado de ánimo. síntomas premenstruales, que pueden ser un efecto indirecto de la mejora del dolor (99, 100). Los eventos adversos más comunes asociados con el uso de AINE en ensayos clínicos incluyen efectos gastrointestinales (p. ej., náuseas e indigestión), así como dolor de cabeza, somnolencia, mareos y sequedad (98, 101). Se recomienda tomar AINE con alimentos para mitigar los efectos gastrointestinales (98). Por lo tanto, para las personas sanas con síntomas de dolor premenstrual, los AINE tomados durante la fase lútea tardía o cuando surgen los síntomas son una opción de tratamiento de bajo riesgo y fácilmente disponible.

En un pequeño ECA que comparó 550 mg de naproxeno sódico dos veces al día o placebo durante la fase lútea tardía (es decir, 7 días antes de la menstruación esperada hasta el cuarto día de la menstruación), las participantes del grupo de naproxeno informaron puntuaciones de dolor de síntomas premenstruales significativamente más bajas. naproxeno 3.26 0,9 frente a placebo 7,661.3; norte528,PAG,006) y cambios de comportamiento (naproxeno 1,960,6 frente a placebo 4,460,8, PAG,015) (102). Sin embargo, el naproxeno no se asoció con una mejora del estado de ánimo negativo (naproxeno 6,561,1 frente a placebo 10,762.0,PAG ,066). El estudio no informó efectos adversos significativos, aunque dos participantes abandonaron el estudio debido a náuseas y dolor abdominal (102).



Un pequeño (N515) un ensayo cruzado, aleatorizado, doble ciego (en el que los participantes sirvieron como sus propios controles) demostró que la dosificación en fase lútea del AINE ácido mefenámico (750 mg/d) se asoció con una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas físicos informados por los pacientes, como dolor de cabeza, fatiga y dolor generalizado (PAG,001); cambios de humor (PAG,005); y síntomas de comportamiento como deterioro del rendimiento (PAG,05) (103).

Estrategias educativas y de autoayuda

ACOG sugiere que los médicos brinden educación a los pacientes sobre los síntomas premenstruales y estrategias de autoayuda para afrontarlos como parte de un enfoque holístico para el manejo de los síntomas premenstruales.

trastornos.(EVIDENCIA DE RECOMENDACIÓN, BAJO-CALIDAD CONDICIONAL)

Los estudios sobre intervenciones educativas para la reducción de los síntomas premenstruales son limitados y reportan resultados mixtos (74, 104, 105). Sin embargo, dado que existen beneficios potenciales sin daños asociados, es razonable incluir la educación del paciente como parte de un enfoque de manejo holístico. La educación de la paciente sobre los síntomas premenstruales y cómo pueden afectar la vida diaria puede ayudar a validar que existe una base fisiológica para lo que experimentan las pacientes, y puede resultar tranquilizador saber que los síntomas son predecibles (91). Además, el asesoramiento sobre estrategias de afrontamiento, como el manejo del estrés y técnicas de relajación, ejercicio y cambios en la dieta, puede ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas (91) y saber cuándo buscar atención médica (106). Para obtener más información, consulte los recursos para pacientes sobre trastornos premenstruales de ACOG (107) y la Asociación Internacional de Trastornos Premenstruales (108).

Las intervenciones de educación del paciente no se asociaron con una mejora estadísticamente significativa en las puntuaciones generales de los síntomas premenstruales en un metanálisis de dos ECA con participantes adultas (N575, edad media 33-36 años) y un ensayo controlado no aleatorio con participantes adolescentes (N594, rango de edad 14-18 años) (SMD20,12; IC del 95 % 20,42 a 0,18) (74). Las intervenciones educativas incluyeron información sobre síntomas premenstruales y estrategias de autocuidado como cambios en la dieta y ejercicio.

Sin embargo, los hallazgos de dos ECA más recientes sugieren que los programas de educación de pacientes basados en el modelo de creencias sobre la salud, cuyo objetivo es abordar las barreras percibidas para implementar conductas que promuevan la salud, pueden ser beneficiosos para adolescentes y adultos jóvenes con síntomas premenstruales (104, 105). En un ECA que incluyó a 60 adolescentes mayores y mujeres (mayores de 18 años), cuatro sesiones educativas (de 45 a 60 minutos cada una en semanas alternas) se asociaron con reducciones graduales y estadísticamente significativas en las puntuaciones de los síntomas premenstruales a los 3 meses de seguimiento. en comparación con la atención habitual

grupo control (107,16628,49 frente a 124,13627,80,PAG,05) (104). El programa de educación de pacientes proporcionó información sobre los síntomas premenstruales y sus efectos sobre la salud; estrategias de afrontamiento del estilo de vida que implican ejercicio, cambios en la dieta y mejores hábitos de sueño; y cómo superar las posibles barreras para la implementación de estas intervenciones en el estilo de vida.

De manera similar, en otro ECA de 163 mujeres (edad media, 21-22 años), una intervención de educación del paciente basada en el modelo de creencias de salud se asoció con una reducción en las puntuaciones generales de los síntomas premenstruales cuando se administraba por sí sola (223,78612.65) y cuando se combina con acupresión (230.3163,5), mientras que se observó un aumento en las puntuaciones de los síntomas en el grupo de control de atención habitual (+3,2464.42) (PAG,001) (105). Los participantes en ambos grupos de intervención también experimentaron aumentos estadísticamente significativos en las puntuaciones de calidad de vida psicológica, social y ambiental en comparación con los del grupo de control (PAG,001) (105).

Manejo Quirúrgico

La ooforectomía bilateral con o sin histerectomía debe reservarse como opción de tratamiento para adultos con síntomas premenstruales graves sólo cuando el tratamiento médico ha fracasado y las pacientes han sido asesoradas sobre los riesgos asociados y la irreversibilidad del procedimiento. Se recomienda un período de prueba de terapia con agonistas de GnRH (con o sin tratamiento complementario de estrógenos) antes de la cirugía para predecir la respuesta del paciente al tratamiento quirúrgico.(PUNTO DE BUENA PRÁCTICA)

La ooforectomía bilateral induce la anovulación permanente, lo que elimina la fase premenstrual y sus síntomas concomitantes. Aunque los ECA no han evaluado la eficacia de la ooforectomía bilateral para el tratamiento de los trastornos premenstruales, la evidencia indirecta de los estudios de tratamiento con agonistas de GnRH demuestra que la anovulación inducida se asocia con una reducción significativa de los síntomas premenstruales (73). Debido a los riesgos asociados y la permanencia del procedimiento, la ooforectomía bilateral debe reservarse para pacientes adultos que tienen síntomas graves que son refractarios al tratamiento médico (43, 47), pacientes en quienes se requiere terapia a largo plazo con agonistas de GnRH para el tratamiento de los síntomas (43), o pacientes con síntomas graves que tienen otras indicaciones para ooforectomía bilateral (43). Se debe considerar una prueba de terapia con agonistas de GnRH (con o sin tratamiento complementario de estrógenos) antes del tratamiento quirúrgico para predecir la respuesta a la cirugía (43, 47). Según los resultados de los estudios sobre el tratamiento con agonistas de GnRH para los síntomas premenstruales, un período de prueba de 2 a 3 meses debería ser suficiente para demostrar una respuesta al tratamiento (o la falta de ella) (73).

La toma de decisiones compartida entre paciente y médico debe incluir una discusión sobre la necesidad de una terapia hormonal complementaria después de la cirugía para mitigar la hipoprogesterona.



efectos tales como síntomas vasomotores y disminución de la densidad ósea. La evidencia sugiere que el componente de progesterona de la terapia complementaria combinada puede estar asociado con la recurrencia de los síntomas premenstruales (27, 72); por lo tanto, la opción de histerectomía concomitante (para permitir la terapia complementaria con estrógenos solos) debe discutirse con las pacientes que estén considerando el tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS

- O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al. Hacia un consenso sobre criterios de diagnóstico, medición y diseño de ensayos de los trastornos premenstruales: el consenso de ISPMD Montreal. *Arch Women Ment Health* 2011;14:13–21. doi: 10.1007/s00737-010-0201-3
- Freeman EW, Halberstadt SM, Rickels K, Legler JM, Lin H, Sammel MD. Síntomas centrales que discriminan el síndrome premenstrual. *J Salud de la Mujer* 2011;20:29–35. doi: 10.1089/jwh.2010.2161
- Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, O'brien S, Calil H, Ceskova E, et al. Criterios de diagnóstico clínico del síndrome premenstrual y pautas para su cuantificación para estudios de investigación. *Gynecol Endocrinol* 2007;23:123–30. doi: 10.1080/09513590601167969
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. APA; 2013.
- Organización Mundial de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE). Consultado el 19 de julio de 2023. <https://www.who.int/standards/classifications/Classification-of-diseases>
- Metodología de las guías de práctica clínica: metodología. *Obstet Gynecol* 2021;138:518–22. doi: 10.1097/AOG.0000000000004519
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de desarrollo humano (IDH). Consultado el 19 de julio de 2023 <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: un consenso emergente sobre la calificación de la calidad de la evidencia y la solidez de las recomendaciones. *BMJ* 2008;336:924–6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.ad
- Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. Pautas GRADE: 1. Introducción-Perfiles de evidencia GRADE y tablas de resumen de hallazgos. *J Clin Epidemiol* 2011;64: 383–94. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
- Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Los paneles de directrices no deben CALIFICAR las declaraciones de buenas prácticas. *J Clin Epidemiol* 2015;68:597–600. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.12.011
- Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K. Epidemiología de los síntomas y trastornos premenstruales. *Menopausia Int* 2012;18: 48–51. doi: 10.1258/mi.2012.012013
- Steiner M, Macdougall M, Brown E. La herramienta de detección de síntomas premenstruales (PSST) para médicos. *Arch Women's Ment Health* 2003;6:203–9. doi: 10.1007/s00737-003-0018-4
- Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Impacto sanitario y económico del síndrome premenstrual. *J. Reprod Med* 2003; 48: 515–24.
- Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, et al. Trastorno disfórico premenstrual: evidencia de un Nueva categoría para el DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169:465–75. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11081302
- Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. La prevalencia, el deterioro, el impacto y la carga del trastorno disfórico premenstrual (PMS/PMDD). *Psiconeuroendocrinología* 2003;28:1–23. doi: 10.1016/s0306-4530(03)00098-2
- Borenstein J, Chiou C, Dean B, Wong J, Wade S. Estimación de los costos directos e indirectos del síndrome premenstrual. *J Occup Environ Med* 2005;47:26–33. doi: 10.1097/01.jom.0000150209.44312.d1
- Rapkin AJ, Winer SA. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual: calidad de vida y carga de enfermedad. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2009;9:157– 70. doi: 10.1586/erp.09.14
- Hylan TR, Sundell K, Judge R. El impacto de la sintomatología premenstrual en el funcionamiento y el comportamiento de búsqueda de tratamiento: experiencia de los Estados Unidos, el Reino Unido y Francia. *J Women's Health Gender-Based Med* 1999;8:1043–52. doi: 10.1089/jwh.1.1999.8.1043
- Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Síndrome premenstrual y síntomas asociados en niñas adolescentes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116:201–6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2004.04.021
- Yang J, Joe S, Lee M, Kim S, Jung I. Encuesta sobre la gravedad y el deterioro de los síntomas premenstruales en adolescentes coreanos: trastorno disfórico premenstrual, trastorno disfórico premenstrual subumbral y síndrome premenstrual. *Psiquiatría de Asia y el Pacífico* 2014;6:135–44. doi: 10.1111/appy.12024
- Oro EB, Bair Y, Bloque G, Greendale GA, Harlow SD, Johnson S, et al. Factores de dieta y estilo de vida asociados con síntomas premenstruales en una muestra comunitaria racialmente diversa: estudio de la salud de las mujeres en todo el país (SWAN). *J Salud de la Mujer* 2007;16:641–56. doi: 10.1089/jwh.2006.0202
- Pilver CE, Kasl S, Desai R, Levy BR. Ventajas para la salud de las mujeres negras: patrones en el trastorno disfórico premenstrual. *Psychol Med* 2011;41:1741–50. doi: 10.1017/S0033291710002321
- Pilver CE, Desai R, Kasl S, Levy BR. Discriminación a lo largo de la vida asociada con una mayor probabilidad de trastorno disfórico premenstrual. *J Salud de la Mujer* 2011;20:923–31. doi: 10.1089/jwh.2010.2456
- Importancia de los determinantes sociales de la salud y la conciencia cultural en la prestación de atención de salud reproductiva. Opinión del Comité ACOG No. 729. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2018;131:e43–8. doi: 10.1097/AOG.0000000000002459
- Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. El racismo como determinante de la salud: una revisión sistemática y un metanálisis. *PLoS One* 2015;10:e0138511. doi: 10.1371/journal.pone.0138511
- Yonkers KA, Simoni M. Tratamientos basados en evidencia para los trastornos premenstruales. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:215–6. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.018
- Schmidt PJ, Martínez PE, Nieman LK, Koziol DE, Thompson KD, Schenkel L, et al. Síntomas del trastorno disfórico premenstrual después de la supresión ovárica: desencadenados por un cambio en los niveles de esteroides ováricos pero no por niveles estables continuos. *Am J Psychiatry* 2017;174: 980–9. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16101113
- Hantsoo L, Epperson CN. Trastorno disfórico premenstrual: epidemiología y tratamiento. *Representante de Psiquiatría Curr* 2015;17:87– 3. doi: 10.1007/s11920-015-0628-3
- Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el síndrome premenstrual. El co-



Base de datos chrane de revisiones sistemáticas 2013, número 6. Art. Número: CD001396. doi: 10.1002/14651858.CD001396.pub3

30. Menkes DB, Coates DC, Fawcett JP. El agotamiento agudo de triptófano agrava el síndrome premenstrual. *J Trastorno afectivo* 1994;32:37-44. doi: 10.1016/0165-0327(94)90059-0
31. Hantsoo L, Epperson CN. Alopregnanolona en el trastorno disfórico premenstrual (TDPM): evidencia de sensibilidad desregulada al receptor GABA-A que modula los esteroides neuroactivos a lo largo del ciclo menstrual. *Neurobiol Estrés* 2020;12: 100213. doi: 10.1016/j.ynstr.2020.100213
32. Bäckström T, Haaga D, Löfgren M, Johansson IM, Strömberg J, Nyberg S, et al. Los efectos paradójicos de los moduladores GABA-A pueden explicar los síntomas del estado de ánimo negativo inducidos por los esteroides sexuales en algunas personas. *Neurociencia* 2011;191:46-54. doi: 10.1016/j.neurociencia.2011.03.061
33. Bäckström T, Ekberg K, Hirschberg AL, Bixo M, Epperson CN, Briggs P, et al. Un estudio aleatorizado, doble ciego sobre la eficacia y seguridad de la sepranolona en el trastorno disfórico premenstrual. *Psiconeuroendocrinología* 2021;133:105426. doi: 10.1016/j.psyneuen.2021.105426
34. Martínez PE, Rubinow DR, Nieman LK, Koziol DE, Morrow AL, Schiller CE, et al. 5α-La inhibición de la reductasa previene el aumento de la fase lútea en los niveles plasmáticos de alopregnanolona y mitiga los síntomas en mujeres con trastorno disfórico premenstrual. *Neuropsicofarmacología* 2016;41:1093-102. doi: 10.1038/npp.2015.246
35. Bixo M, Ekberg K, Poromaa IS, Hirschberg AL, Jonasson AF, Andréen L, et al. Tratamiento del trastorno disfórico premenstrual con el antagonista esteroide modulador del receptor GABA (A) Sepranolona (UC1010): un ensayo controlado aleatorio. *Psiconeuroendocrinología* 2017;80:46-55. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.02.031
36. Bäckström T, Das R, Bixo M. Esteroides moduladores del receptor GABA (A) positivos y sus antagonistas: implicaciones para los tratamientos clínicos. *J Neuroendocrinología* 2022;34:e13013. doi: 10.1111/jne.13013
37. Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Sheng L, Frye C. Niveles de alopregnanolona antes y después del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina de los síntomas premenstruales. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:403-5. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181ad8825
38. Griffin LD, Mellon SH. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina alteran directamente la actividad de las enzimas neuroesteroidogénicas. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999;96:13512-7. doi: 10.1073/pnas.96.23.13512
39. Yonkers KA, Kornstein SG, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Dosificación de sertralina al inicio de los síntomas para el tratamiento del trastorno disfórico premenstrual: un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Psiquiatría* 2015;72:1037-44. doi: 10.1001/jamapsiquiatría.2015.1472
40. Prasad D, Wollenhaupt-Aguiar B, Kidd KN, de Azevedo Cardoso T, Frey BN. Riesgo suicida en mujeres con síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual: una revisión sistemática y un metanálisis. *J Salud de la Mujer* 2021;30:1693-707. doi: 10.1089/jwh.2021.0185
41. Eisenlohr-Moul T, Divine M, Schmalenberger K, Murphy L, Buchert B, Wagner-Schuman M, et al. Prevalencia de pensamientos y conductas autolesivas a lo largo de la vida en una muestra global de 599 pacientes que informaron un diagnóstico confirmado prospectivamente de trastorno disfórico premenstrual. *BMC Psiquiatría* 2022;22:199. doi: 10.1186/s12888-022-03851-0
42. Rubinow DR, Roy-Byrne P. Síndromes premenstruales: descripción general desde una perspectiva metodológica. *Am J Psychiatry* 1984;141: 163-72. doi: 10.1176/ajp.141.2.163
43. Manejo del síndrome premenstrual: directriz verde n.º 48. *BJOG* 2017;124:e73-105. doi: 10.1111/1471-0528.14260
44. Endicott J, Nee J, Harrison W. Registro diario de gravedad de los problemas (DRSP): confiabilidad y validez. *Arch Women Ment Health* 2006;9:41-9. doi: 10.1007/s00737-005-0103-y
45. Hofmeister S, Bodden S. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual. *Am Fam Physician* 2016;94: 236-40.
46. Hantsoo L, Sajid H, Murphy L, Buchert B, Barone J, Raja S, et al. Experiencias de los pacientes de los proveedores de atención médica en el trastorno disfórico premenstrual: examen del papel de la especialidad del proveedor. *J Salud de la mujer* 2022;31:100-9. doi: 10.1089/jwh.2020.8797
47. Nevatte T, O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. Consenso del ISPMDS sobre el manejo de los trastornos premenstruales. *Arch Women Ment Health* 2013;16: 279-91. doi: 10.1007/s00737-013-0346-y
48. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M, Xiao S. Dosificación continua o intermitente de sertralina para pacientes con síndrome premenstrual grave o trastorno disfórico premenstrual. *Am J Psychiatry* 2004;161:343-51. doi: 10.1176/appi.ajp.161.2.343
49. Kornstein SG, Pearlstein TB, Fayyad R, Farfel GM, Gillespie JA. Sertralina en dosis bajas en el tratamiento del síndrome premenstrual moderado a grave: eficacia de 3 estrategias de dosificación. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1624-32. doi: 10.4088/jcp.v67n1020
50. Biblioteca Nacional de Medicina. Tableta de clorhidrato de sertralina. *DailyMed NLM* 2023. Consultado el 19 de julio de 2023 <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid51f99e897-1b70-40b0-8c19-71d0bba19422>
51. Biblioteca Nacional de Medicina. Tableta de clorhidrato de paroxetina, recubierta con película, de liberación prolongada. *DailyMed NLM*; 2022. Consultado el 19 de julio de 2023 <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid5087ff0d3-1761-47ea-a8c1-7c4cb679af97>
52. Biblioteca Nacional de Medicina. Tableta de fluoxetina. *DailyMed NLM*; 2023. Consultado el 19 de julio de 2023 <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid5dceb7cf-6f95-4f7a-a22bc7d2e0f04d74>
53. Cohen LS, Soares CN, Yonkers KA, Bellew KM, Bridges IM, Steiner M. Liberación controlada de paroxetina para el trastorno disfórico premenstrual: un ensayo doble ciego controlado con placebo. *Medicina psicosomática* 2004;66:707-13. doi: 10.1097/01.psy.0000140005.94790.9c
54. Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA, Kunz NR, McPherson M, Upton GV. Venlafaxina en el tratamiento del trastorno disfórico premenstrual. *Obstet Gynecol* 2001;98:737-44. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01530-7
55. Yonkers KA, Pearlstein T, Fayyad R, Gillespie JA. El tratamiento en la fase lútea del trastorno disfórico premenstrual mejora los síntomas que continúan en la fase posmenstrual. *J Trastorno afectivo* 2005;85:317-21. doi: 10.1016/j.jad.2004.10.006
56. Reilly TJ, Wallman P, Clark I, Knox C, Craig MC, Taylor D. Inhibidores selectivos intermitentes de la recaptación de serotonina para síndromes premenstruales: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos aleatorios. *J Psychopharmacol* 2023;37:261-7. doi: 10.1177/02698811221099645
57. Freeman EW, Rickels K, Sammel MD, Lin H, Sondheimer SJ. Tiempo hasta la recaída después del tratamiento a corto o largo plazo de enfermedades graves.



- Síndrome premenstrual con sertralina. *Psiquiatría Arch Gen* 2009;66:537-44. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.547
58. Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. Suicidio en niños y adolescentes tratados con medicamentos antidepresivos 2018. Consultado el 19 de julio de 2023 <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/suicidality-children-and-adolescents-en-tratamiento-medicamentos-antidepresivos>
59. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con trastornos depresivos mayores y persistentes. *J Am Acad Psiquiatría infantil y adolescente* 2023;62:479-502. doi: 10.1016/j.jaac.2022.10.001
60. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. *J Am Acad Psiquiatría Infantil y Adolescente* 2020; 59:1107-24. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.005
61. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein RE, Levitt A, et al. Directrices para la depresión adolescente en atención primaria (GLAD-PC): Parte II. Tratamiento y manejo continuo. *Pediatría* 2018;141:e20174082. doi: 10.1542/peds.2017-4082
62. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BW. Progesterona para el síndrome premenstrual. La base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2012, número 3. Art. No.: CD003415. doi: 10.1002/14651858.CD003415.pub4
63. Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Ohhrai M, O'Brien S. Eficacia de la progesterona y los progestágenos en el tratamiento del síndrome premenstrual: revisión sistemática. *BMJ* 2001;323:776-80. doi: 10.1136/bmj.323.7316.776
64. Leminen H, Heliövaara-Peippo S, Halmesmäki K, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, et al. El efecto de la histerectomía o del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel sobre los síntomas premenstruales en mujeres tratadas por menorragia: análisis secundario de un ensayo controlado aleatorio. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:318-25. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01340.x
65. Naheed B, Kuiper JH, Uthman OA, O'Mahony F, O'Brien PMS. Preparados no anticonceptivos que contienen estrógenos para controlar los síntomas del síndrome premenstrual. La base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2017, número 3. Art. No.: CD010503. doi: 10.1002/14651858.CD010503.pub2
66. de Wit AE, de Vries YA, de Boer MK, Scheper C, Fokkema A, Janssen CA, et al. Eficacia de los anticonceptivos orales combinados para los síntomas depresivos y la sintomatología general en el síndrome premenstrual: metanálisis por pares y en red de ensayos aleatorios. *Am J Obstet Gynecol* 2021;225:624-33. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.090
67. Ma S, canción SJ. Anticonceptivos orales que contienen drospirenona para el síndrome premenstrual. La base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2023, número 6. Art. No.: CD006586. doi: 10.1002/14651858.CD006586.pub5
68. Biblioteca Nacional de Medicina. Kit de drospirenona y etinilestradiol. Medicina diaria. NLM; 2023. Consultado el 19 de julio de 2023. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=50f8f8a21-cee8-462f-98b3-6c06f2f33e0d>
69. Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. Un análisis cualitativo de los enfoques del asesoramiento anticonceptivo. *Perspective Sex Reprod Health* 2014;46:233-40. doi: 10.1363/46e2114
70. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. Recomendaciones de prácticas seleccionadas en EE. UU. para el uso de anticonceptivos, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65:1-66. doi: 10.15585/mmwr.rr6504a1
71. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. Criterios médicos de elegibilidad de EE. UU. para el uso de anticonceptivos, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65:1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1
72. Segebladh B, Borgström A, Nyberg S, Bixo M, Sundström-Poromaa I. Evaluación de diferentes tratamientos complementarios de estradiol y progesterona al tratamiento con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina en pacientes con trastorno disfórico premenstrual. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:139.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.03.016
73. Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KM, Jones PW, O'Brien PS. La eficacia de GnRHα con y sin terapia "complementaria" en el tratamiento del síndrome premenstrual: un metanálisis. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol* 2004;111:585-93. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00135.x
74. Han J, Cha Y, Kim S. Efecto de las intervenciones psicosociales sobre la gravedad del síndrome premenstrual: un metanálisis. *J Psicosomático Obstet Gynecol* 2019;40:176-84. doi: 10.1080/0167482X.2018.1480606
75. Busse JW, Montori VM, Krasnik C, Patelis-Siotis I, Guyatt GH. Intervención psicológica para el síndrome premenstrual: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Psychother Psychosom* 2009;78:6-15. doi: 10.1159/000162296
76. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. Una comparación aleatoria de tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual), médico (fluoxetina) y combinado para mujeres con trastorno disfórico premenstrual. *J Psicosomático Obstet Gynecol* 2002;23:193-9. doi: 10.3109/01674820209074672
77. Ussher JM, Perz J. Evaluación de la eficacia relativa de una terapia cognitivo-conductual (TCC) de pareja para los trastornos premenstruales (TPM), en comparación con la TCC individual y un control en lista de espera: un ensayo controlado aleatorio. *PLoS One* 2017;12:e0175068. doi: 10.1371/journal.pone.0175068
78. Weise C, Kaiser G, Janda C, Kues JN, Andersson G, Strahler J, et al. Intervención cognitivo-conductual basada en Internet para mujeres con trastorno disfórico premenstrual: un ensayo controlado aleatorio. *Psychother Psychosom* 2019;88:16-29. doi: 10.1159/000496237
79. Yesildere Saglam H, Orsal O. Efecto del ejercicio sobre los síntomas premenstruales: una revisión sistemática. *Terapias complementarias Med* 2020;48:102272. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102272
80. El-Lithy A, El-Mazny A, Sabbour A, El-Deeb A. Efecto del ejercicio aeróbico sobre los síntomas premenstruales, los parámetros hematológicos y hormonales en mujeres jóvenes. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35:389-92. doi: 10.3109/01443615.2014.960823
81. Pal A, Nath B, Paul S, Meena S. Evaluación de la eficacia del yoga en el tratamiento del síndrome premenstrual: una revisión sistemática y un metanálisis. *J Psicosomático Obstet Gynecol* 2022;43:517-25. doi: 10.1080/0167482X.2022.2086457
82. Daley A. Ejercicio y sintomatología premenstrual: una revisión exhaustiva. *J Salud de la Mujer* 2009;18:895-9. doi: 10.1089/jwh.2008.1098
83. Kossman DA, Williams NI, Domchek SM, Kurzer MS, Stopfer JE, Schmitz KH. El ejercicio reduce los niveles de estrógeno y progesterona en mujeres premenopáusicas con alto riesgo de cáncer de mama. *J Appl Physiol* 2011;111:1687-93. doi: 10.1152/jappphysiol.00319.2011



84. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Pautas de actividad física para los estadounidenses. 2da ed. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2018.
85. Thys-Jacobs S. Micronutrientes y síndrome premenstrual: el caso del calcio. *J Am Coll Nutr* 2000;19:220-7. doi: 10.1080/07315724.2000.10718920
86. Prevención, detección y diagnóstico de la osteoporosis. Guía de práctica clínica n.º 1. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2021;138:494-506. doi: 10.1097/AOG.0000000000004514
87. Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB. Ingestas dietéticas de referencia de calcio y vitamina D. National Academies Press; 2011. doi: 10.17226/13050
88. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Carbonato de calcio y el síndrome premenstrual: efectos sobre los síntomas premenstruales y menstruales. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:444-52. doi: 10.1016/s0002-9378(98)70377-1
89. Thys-Jacobs S, Ceccarelli S, Bierman A, Weisman H, Cohen MA, Alvir J. Suplementación de calcio en el síndrome premenstrual: un ensayo cruzado aleatorio. *J Gen Intern Med* 1989;4:183-9. doi: 10.1007/BF02599520
90. Yonkers KA, Pearlstein TB, Gotman N. Un estudio piloto para comparar fluoxetina, calcio y placebo en el tratamiento del síndrome premenstrual. *J Clin Psychopharmacol* 2013;33:614-20. doi: 10.1097/JCP.0b013e31829c7697
91. Rapkin AJ, Mikacich JA. Trastorno disfórico premenstrual y síndrome premenstrual severo en adolescentes. *Pediatr Drugs* 2013;15:191-202. doi: 10.1007/s40272-013-0018-4
92. Armor M, Ee CC, Hao J, Wilson TM, Yao SS, Smith CA. Acupuntura y acupresión para el síndrome premenstrual. La base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2018, número 8. Art. No.: CD005290. doi: 10.1002/14651858.CD005290.pub2
93. Kim S, Park H, Lee H, Lee H. Acupuntura para el síndrome premenstrual: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol* 2011;118: 899-915. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02994.x
94. Candon M, Nielsen A, Dusek JA. Tendencias en la cobertura de seguros de acupuntura, 2010-2019. *JAMA Netw Open* 2022;5: e2142509. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.42509
95. Csupor D, Lantos T, Hegyi P, Benko JR, Viola R, Gyöngyi Z, et al. Vitex agnus-castus en el síndrome premenstrual: un metaanálisis de ensayos controlados aleatorios doble ciego. *Terapias complementarias Med* 2019;47:102190. doi: 10.1016/j.ctim.2019. 08.024
96. Verkaik S, Kamperman AM, van Westrhenen R, Schulte PF. El tratamiento del síndrome premenstrual con preparaciones de Vitex agnus castus: una revisión sistemática y un metanálisis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217:150-66. doi: 10.1016/j.ajog. 2017.02.028
97. van Die MD, Burger HG, Teede HJ, Bone KM. Extractos de Vitex agnuscastus para los trastornos reproductivos femeninos: una revisión sistemática de ensayos clínicos. *Planta Med* 2012;79:562-75. doi: 10.1055/s-0032-1327831
98. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Medicamentos antiinflamatorios no esteroides para la dismenorrea. La base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2015. Número 7. Art. No.: CD001751. doi: 10.1002/14651858.CD001751.pub3
99. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Estrategias de manejo del síndrome premenstrual/trastorno disfórico premenstrual. *Ann Pharmacother* 2008;42:967-78. doi: 10.1345/aph.1k673
100. Kwan I, Onwude JL. Síndrome premenstrual. *BMJ Clin Evid* 2009;2009:806.
101. Biblioteca Nacional de Medicina. Tableta de naproxeno sódico. Medicina diaria. NLM; 2010. Consultado el 19 de julio de 2023 <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid550954ade-19ad-40dd-8e06-0b33394895f7>
102. Facchinetti F, Fioroni L, Sances G, Romano G, Nappi G, Genazzani AR. Naproxeno sódico en el tratamiento de los síntomas premenstruales. *Gynecol Obstet Invest* 1989;28:205-8. doi: 10.1159/000293579
103. Mira M, McNeil D, Fraser IS, Vizzard J, Abraham S. Ácido mefenámico en el tratamiento del síndrome premenstrual. *Obstet Gynecol* 1986;68:395-8. doi: 10.1097/00006250-198609000-00022
104. Ayaz-Alkaya S, Yaman-Sözbir Ş, Terzi H. El efecto del programa de educación sanitaria basado en el modelo de creencias en la salud sobre cómo afrontar el síndrome premenstrual: un ensayo controlado aleatorio. En *t J Nurs Pract* 2020;26:e12816. doi: 10.1111/ijn.12816
105. Simsek Küçükkeleş D, Timur Tashan S. Los efectos de la educación basada en modelos de creencias sobre la salud y la acupresión para afrontar el síndrome premenstrual sobre los síntomas premenstruales y la calidad de vida: un ensayo controlado aleatorio. *Perspect Psychiatr Care* 2021;57:189-97. doi: 10.1111/ppc.12546
106. Houston AM, Abraham A, Huang Z, D'Angelo LJ. Conocimientos, actitudes y consecuencias de la salud menstrual en mujeres adolescentes urbanas. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19: 271-5. doi: 10.1016/j.jpag.2006.05.002
107. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Preguntas frecuentes sobre el síndrome premenstrual (SPM). Consultado el 19 de julio de 2023 <https://www.acog.org/womens-health/faqs/premenstrual-syndrome>
108. Asociación Internacional de Trastornos Premenstruales. Recursos para pacientes y socios. Consultado el 19 de septiembre de 2023. <https://iapmd.org/toolkit>

APÉNDICES

Contenido digital complementario

- A. Estrategia de búsqueda de literatura: <http://links.lww.com/AOG/D430>
- B. Diagrama PRISMA: <http://links.lww.com/AOG/D431>
- C. Tablas de evidencia: <http://links.lww.com/AOG/D432>

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERES

Todos los miembros y autores del comité ACOG han presentado una declaración de divulgación de conflicto de intereses relacionada con este producto publicado. Cualquier conflicto potencial se ha considerado y gestionado de acuerdo con la Política de divulgación de conflictos de intereses de ACOG. Las políticas de ACOG se pueden encontrar en acog.org. Para los productos desarrollados conjuntamente con otras organizaciones, las divulgaciones de conflictos de intereses por parte de representantes de las otras organizaciones son abordadas por esas organizaciones. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos no tiene ni



solicitó ni aceptó ninguna participación comercial en el desarrollo del contenido de este producto publicado.

Publicado en línea el 16 de noviembre de 2023.

Copyright 2023 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación, publicarse en Internet o

transmitido, en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o de otro tipo, sin el permiso previo por escrito del editor.

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos 409 12th Street SW, Washington, DC 20024-2188

Manejo de los trastornos premenstruales. Guía de práctica clínica n.º 7. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Obstet Gynecol* 2023;142:1516-33.

