

# los expertos opinan

## Síndrome premenstrual

COORDINADORA

**A. Bernabeu García**

Codirectora médica.  
Instituto Bernabeu

AUTORES

**M. Martínez Moya**

Coordinadora médica.  
Instituto Bernabeu de Elche.  
Alicante

**E. Pérez de la Blanca Cobos**

Ginecólogo. Director de la  
Unidad de Reproducción Asistida.  
Hospital Quirónsalud. Málaga

Información destinada al  
profesional de la salud

GRUPO | MAYO

ORDESA

Edita:

**GRUPO | MAYO**

©2022 Ediciones Mayo, S.A.U.  
Aribau, 185-187, 2.ª planta  
08021 Barcelona  
Tel. 93 209 02 55

Méndez Álvaro, 20  
28045 Madrid  
Tel. 91 411 58 00

Depósito legal: B-15802-2022

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com); 91 7021970/93 2720447).

**grupomayo.com**

# Síndrome premenstrual

**M. Martínez Moya, E. Pérez de la Blanca Cobos\***

Coordinadora médica. Instituto Bernabeu de Elche. Alicante.

\*Ginecólogo. Director de la Unidad de Reproducción Asistida. Hospital Quirónsalud. Málaga

## PUNTOS CLAVE

El síndrome premenstrual es capaz de alterar significativamente y de forma crónica la calidad de vida de la mujer en sus aspectos físicos, psíquicos y emocionales.

1

La dismenorrea afecta en algún momento de la vida hasta al 80% de las mujeres. Tras descartar su asociación con una causa orgánica, el tratamiento debe ir dirigido a la mejora del dolor con la menor tasa posible de efectos secundarios, y siempre teniendo en cuenta el deseo genésico de la mujer.

2

La fitoterapia, junto con los hábitos saludables y unas sencillas recomendaciones dietéticas, puede ser una solución en muchos casos leves o moderados, aumentando y/o disminuyendo la necesidad de otros tratamientos médicos (psicofármacos, hormonas, etc.) y/o quirúrgicos.

3

## ¿Qué se conoce como «síndrome premenstrual»?

Es un conjunto de molestias físicas y psíquicas que aparecen cíclicamente entre el momento de la

ovulación y la menstruación, que mejoran durante la fase folicular. Aunque hasta el 80% de las mujeres experimentan alguno de estos síntomas de forma aislada y puntual, el síndrome premenstrual (SPM) afecta de manera crónica al 20-30% de las mujeres en todo el mundo y provoca molestias severas al 3-8% de ellas, lo que conlleva la solicitud de ayuda médica por su parte<sup>1</sup>.

## ¿Cuáles son los síntomas y consecuencias del SPM?

Los síntomas del SPM afectan negativamente a la calidad de vida de la mujer, ya que producen cambios en sus relaciones sociales e interpersonales, llegando incluso a causar absentismo laboral y escolar. Estas molestias deben ser claramente diferenciadas de otros problemas médicos, y consisten principalmente en la aparición de una mayor labilidad afectiva, irritabilidad, hábito depresivo, ansiedad, falta de concentración, desinterés, falta de energía, cambios notorios en el apetito con ataques de hambre, sensación de falta de control, insomnio o exceso de sueño, e incluso acné. También aparecen síntomas físicos, como tensión o sensibilidad en los senos, dolores articulares y musculares, y sensación de hinchazón. El diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis del médico y en descartar otros problemas de tipo orgánico que produzcan síntomas similares. El interrogatorio debe ser proactivo, pues las pacientes tienden a omitir algunas de sus molestias. Se puede instruir a la paciente en la realización de un registro diario en el que anote la aparición y la intensidad de un listado validado de síntomas<sup>2</sup>, con el fin de evaluar si se cumplen ciertos criterios que permitan no solo establecer el diagnóstico, sino evaluar la eficacia de los tratamientos.

Un problema frecuentemente asociado al SPM, que afecta también a una gran proporción de mujeres (diversos estudios lo tasan en un 20-80%) en algún momento de su vida, es la dismenorrea. Ante su existencia, lo primero sería descartar que estuviera relacionada con otros problemas, como la endometriosis, la adenomiosis, los miomas o la estenosis del canal cervical. En estos casos, se denomina dismenorrea secundaria, para cuyo tratamiento, aparte de las medidas que se describirán a continuación, hay que intentar establecer la causa específica. En otros muchos casos no se encuentra ninguna patología asociada (dismenorrea primaria) y se cree que se debe a una excesiva libera-

ción de prostaglandinas ( $\text{PGF}_{2\alpha}$  y  $\text{PGE}_2$ ), las cuales aumentan la contractilidad del útero, disminuyen el flujo sanguíneo hacia el mismo, produciendo hipoxia, y también aumentan la sensibilidad de las terminaciones nerviosas. Todo ello lleva a la aparición de dolor<sup>3</sup>.

## ¿Cuál es la causa del SPM?

La causa no se conoce con exactitud, pero parece estar relacionada con desequilibrios y fluctuaciones hormonales que afectan al eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, verdadera columna vertebral de la endocrinología femenina, que suceden durante la fase postovulatoria de cada ciclo. Se ha observado cierta inhibición en el efecto de las  $\beta$ -endorfinas y cambios en la afinidad de los receptores GABA A, al tiempo que se incrementan las concentraciones de vasopresina y prolactina, mientras disminuyen los niveles de serotonina. Estos cambios acarrearían consecuencias psíquicas y fisiopatológicas en estas mujeres capaces de producir la sintomatología observada.

## ¿Cómo podemos tratar el SPM?

En los casos más severos se precisa un tratamiento médico especializado. Se han ensayado numerosos tratamientos de tipo hormonal, entre los cuales los más utilizados son los anticonceptivos orales (ACO), ya que evitarían las fluctuaciones hormonales. Algunos de ellos han demostrado su eficacia en muchos de los síntomas del SPM, como la dismenorrea, pero se acompañan de efectos secundarios importantes y aumentan el riesgo de problemas graves de tipo vascular, como la trombosis. Existen fármacos ansiolíticos y antidepresivos, especialmente los inhibidores de la recaptación de la serotonina, que ayudan a mejorar los síntomas en los casos más graves

de irritabilidad e inestabilidad afectiva. En algunos casos se llega a utilizar la psicoterapia. Otros tratamientos médicos más radicales, como la supresión hipofisaria con análogos de la GnRH (triptorelina, leuprorelina), o quirúrgicos, como la histerectomía y la anexectomía (extirpación del útero y los ovarios), se reservarían para casos extremos en que no se encuentre un tratamiento efectivo.

Afortunadamente, disponemos de alternativas naturales para pacientes jóvenes, para casos leves y moderados, que son los más frecuentes, o aquellos en que los tratamientos hormonales estén contraindicados. Existen extractos herbáceos naturales muy bien estudiados, como el sauzgatillo, que en recientes revisiones científicas ha demostrado ser capaz de disminuir la sintomatología física, como la tensión mamaria y el dolor de cabeza, con menos efectos secundarios que los psicofármacos<sup>14-7</sup>, incluido dentro de los algoritmos terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y avalado por la European Medicines Agency (EMA) y la Comisión E Alemana. Dada su eficacia, se aconseja usarlo como primera medida terapéutica.

Otro extracto botánico que puede tener utilidad en el SPM, especialmente en las alteraciones del comportamiento y las de tipo depresivo, es el azafrán<sup>8</sup>.

En lo que respecta a la dismenorrea, los fármacos de primera línea suelen ser los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ya que reducen la producción de prostaglandinas y los síntomas asociados a ella. Si no se obtiene mejoría, lo cual puede ocurrir hasta en el 50% de los pacientes, según la última revisión de la Cochrane de 2015, los anticonceptivos hormonales supondrían la segunda línea de tratamiento en el caso de la dismenorrea primaria en mujeres sin deseo genésico en el momento del tratamiento. Aunque hay que tener en cuenta que, en una revisión de la Cochrane, se ha observado que aproximadamente la mitad de las pacientes son resistentes al tratamiento con anticonceptivos, por lo que es necesario disponer de otras alternativas. Cabe destacar que se han encontrado mejorías comparables al uso de AINE en pacientes que realizan ejercicio físico en su día a día, lo que sería una recomendación principal en pacientes con dismenorrea.

Respecto al tratamiento del dolor se han llevado a cabo numerosas investigaciones para encontrar sustancias activas que ayuden a su mejora y control. Entre ellas cabe destacar las dos que se describen a continuación que, tras probar su eficacia en el campo de la traumatología y en pacientes con cefalea, se han probado en pacientes con dolor pélvico:

## Tratamiento del síndrome premenstrual

	Tensión mamaria	Cefalea	Alteraciones emocionales	Dismenorrea
Estilo de vida saludable	+	+	+	+
Sauzgatillo	+	+	-	-
Azafrán	-	-	+	-
PEA	-	+	-	+
Polidatina	-	+	-	+
ACO	-	-	-/+	+
AINE	-	+	-	+

ACO: anticonceptivos orales; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; PEA: palmitoiletanolamina.

## los expertos **opinan**

- **N-palmitoiletanolamina (PEA).** Se trata de un ácido graso encontrado de manera natural en los humanos, así como en los brotes de soja, huevo y algunos frutos secos, que tiene efectos sobre el dolor y los procesos inflamatorios al modular la activación de los mastocitos e interactuar con los receptores del sistema endocannabinóide. Se trata de una sustancia bien tolerada, sin apenas efectos adversos descritos<sup>9</sup>. Se ha probado como método más eficaz que el placebo para reducir el dolor de numerosas patologías, entre ellas la dismenorrea primaria. Cabe destacar su uso en la endometriosis, debido a la relación del dolor en esta patología con los procesos inflamatorios.
- **Polidatina.** Es un derivado del resveratrol encontrado en diversas formas en ciertos frutos, como las uvas, las frambuesas o los cacahuets. Este compuesto actúa en el proceso inflamatorio, favoreciendo su inhibición, y tiene propiedades antiangiogénicas y antioxidantes. La combinación de los dos (PEA y polidatina) es especialmente pro-

metedora para la mejora del dolor en la dismenorrea primaria<sup>10</sup>. Por su lado, en el tratamiento de la endometriosis, esta combinación se ha demostrado eficaz para tratar los síntomas de dismenorrea, dolor pélvico crónico y dispareunia, según el metaanálisis publicado por Indraccolo et al.<sup>11</sup>, así como en pacientes con dolor refractario asociado a la endometriosis ya tratada con ACO y/o AINE<sup>12</sup>.

Como conclusión, cabe mencionar que el tratamiento del SPM incluye cambios saludables en el estilo de vida, como el ejercicio o la dieta. También es beneficiosa la disminución o la eliminación del consumo de tóxicos, como el tabaco, la cafeína o el exceso de azúcar. La adición de suplementos de vitamina B<sub>6</sub>, avalada por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga, contribuyendo al normal funcionamiento del sistema nervioso y del metabolismo energético. Esto se produce mediante el aumento de los niveles de serotonina y dopamina, junto con un efecto natriurético que disminuye la retención de agua.

### Bibliografía

1. Appleton SM. Premenstrual syndrome: evidence-based evaluation and treatment. *Clin ObstetGynecol.* 2018; 61(1): 52-61.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5.<sup>a</sup> ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Barcikowska Z, Rajkowska-Labon E, Grzybowska ME, Hansdorfer-Korzon R, Zorena K. Inflammatory markers in dysmenorrhea and therapeutic options. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(4): 1191.
4. Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2017; 20(6): 713-719.
5. Kenda M, Glavač NK, Nagy M, Sollner Dolenc M; on behalf of the Oeonom. Herbal products used in menopause and for gynecological disorders. *Molecules.* 2021; 26(24): 7421.
6. Csupor D, Lantos T, Hegyi P, Benkő R, Viola R, Gyöngyi Z, et al. Vitex agnus-castus in premenstrual syndrome: a meta-analysis of double-blind randomised controlled trials. *Complement Ther Med.* 2019; 47: 102190.
7. Mahboubi M. Evening primrose (*Oenothera biennis*) oil in management of female ailments. *J Menopausal Med.* 2019; 25(2): 74-82.
8. Hausenblas HA, Heekin K, Mutchie HL, Anton S. A systematic review of randomized controlled trials examining the effectiveness of saffron (*Crocus sativus* L.) on psychological and behavioral outcomes. *J Integr Med.* 2015; 13(4): 231-240.
9. Gabrielsson L, Mattsson S, Fowler CJ. Palmitoylethanolamide for the treatment of pain: pharmacokinetics, safety and efficacy. *Br J Clin Pharmacol.* 2016; 82(4): 932-942.
10. Tartaglia E, Armentano M, Giugliano B, Sena T, Giuliano P, Loffredo C, et al. Effectiveness of the association N-palmitoylethanolamine and transpolydatin in the treatment of primary dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015; 28(6): 447-450.
11. Indraccolo U, Indraccolo SR, Mignini F. Micronized palmitoylethanolamide/trans-polydatin treatment of endometriosis-related pain: a meta-analysis. *Ann Ist Super Sanita.* 2017; 53(2): 125-134.
12. Giugliano E, Cagnazzo E, Soave I, Lo Monte G, Wenger JM, Marci R. The adjuvant use of N-palmitoylethanolamine and transpolydatin in the treatment of endometriotic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 168(2): 209-213.

## RECOMENDACIONES

Tanto la dismenorrea como el SPM afectan a la mayor parte de las mujeres en algún momento de su vida reproductiva, asociándose a una disminución de la calidad de vida y a la pérdida de días escolares y laborales. El especialista debe hacer una valoración integral de los síntomas, intentando poner de manifiesto de forma proactiva algunos que la paciente pueda omitir por parecerle «normales», y así establecer una valoración adecuada de la dimensión del trastorno. Una vez descartadas otras causas, que podrían llevar al diagnóstico de otro proceso diferente con un tratamiento específico, disponemos de varias opciones para elegir, según las circunstancias individuales de cada mujer:

- Tanto en el SPM como en la dismenorrea, el cambio en los hábitos de vida es esencial, por lo que debe aconsejarse la realización de ejercicio regular y una dieta equilibrada.
- En el caso del SPM, habría que individualizar el tratamiento en función de los síntomas, sin olvidar que disponemos de opciones naturales que pueden ayudar a mejorar muchos de ellos, como el sauzgatillo en el caso de la tensión mamaria y el dolor de cabeza. Si la esfera más afectada es la emocional, habría que introducir suplementos con azafrán.
- Para la dismenorrea, los fármacos de primera elección son los AINE si no hubiera más síntomas que tratar. Por otro lado, si también se busca la regulación del ciclo o un método anticonceptivo, podría considerarse cualquiera de los métodos hormonales disponibles.
- Disponemos de alternativas naturales eficaces y seguras, como el PEA y la polidatina.

# DONNA plus®

## COMPLEMENTO ALIMENTICIO QUE CONTRIBUYE AL BIENESTAR DE LA MUJER DURANTE EL PERIODO PREMENSTRUAL Y MENSTRUAL



Formato en stick bucodispersable

Sabor frutos del bosque



Para que tu paciente siga con sus actividades diarias con normalidad.

Para la mujer que no desea anticonceptivos, como alternativa natural a los AINEs.

Para recuperar el equilibrio hormonal tras tratamiento con anticonceptivos orales.

Para restaurar el ciclo menstrual natural

### LA COMBINACIÓN IDEAL EN EL ABORDAJE DEL SPM



SAUZGAILLO y VITAMINA B<sub>6</sub>



### LA ALTERNATIVA NATURAL FRENTE AL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN EN LA DISMENORREA



PALMITOILETANOLAMIDA (PEA) y POLITADIN

Levagen+



\*Complemento alimenticio con edulcorantes.

www.donnaplus.com  
ordesawebprofesionales@ordesalab.com

112403 09/22