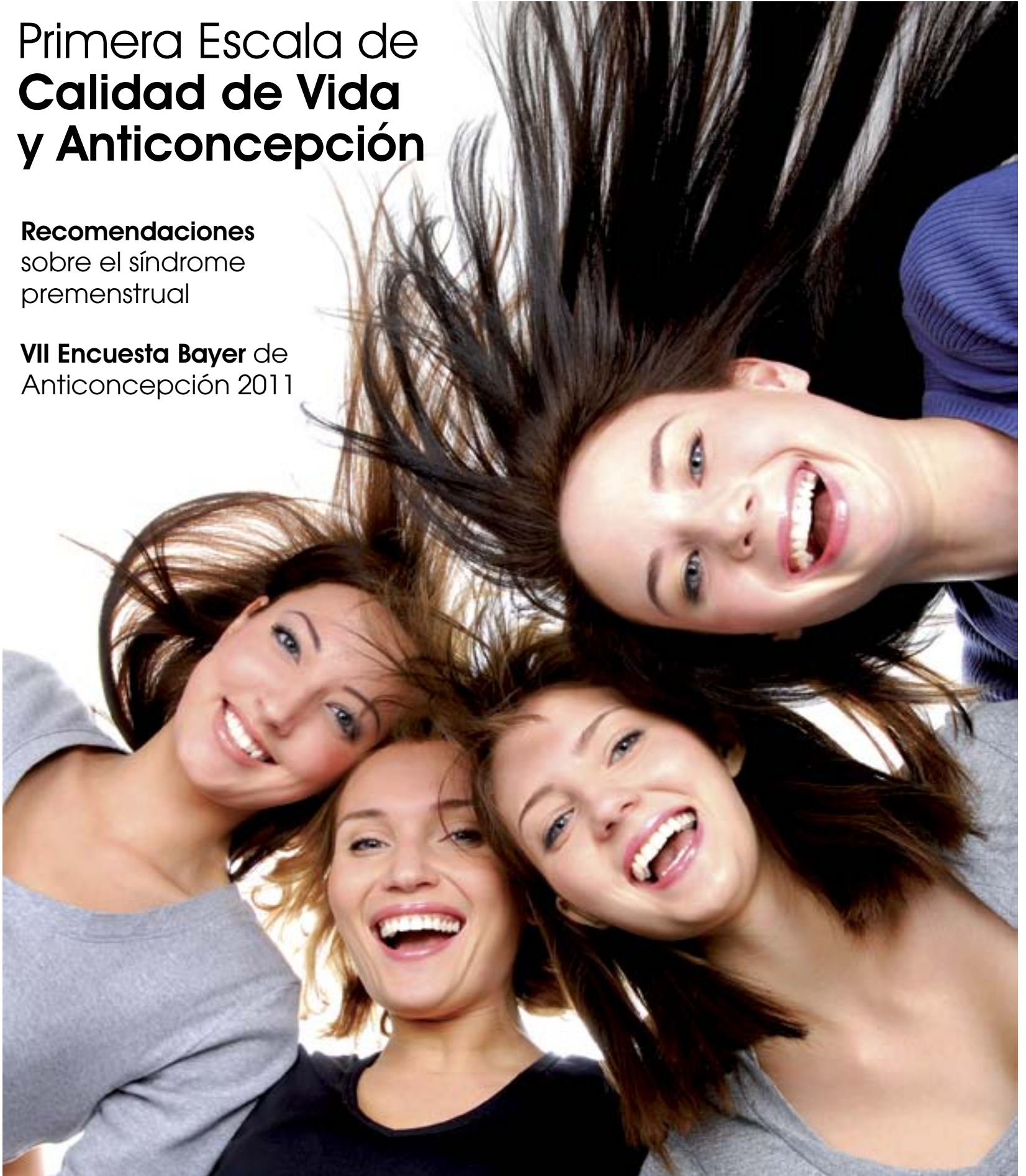


## Primera Escala de **Calidad de Vida y Anticoncepción**

**Recomendaciones**  
sobre el síndrome  
premenstrual

**VII Encuesta Bayer** de  
Anticoncepción 2011



Nuevo documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

# Recomendaciones sobre el síndrome premenstrual

*Recientemente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha actualizado las recomendaciones sobre el síndrome premenstrual, publicando un nuevo documento de consenso sobre la materia. La publicación ofrece una revisión de un documento previo publicado en el año 2004 y que actualiza la evidencia médica y las novedades conocidas en esta área de tratamiento.*



**Dr Iñaki Lete**

ilete@hsan.osakidetza.net

Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Araba, Vitoria

## DEFINICIÓN

El síndrome premenstrual (SPM) es una entidad clínica mal definida que agrupa una gran variedad de síntomas que aparecen en la fase lútea del ciclo menstrual y que suelen remitir al inicio de la menstruación. Incluye síntomas físicos, emocionales, cognitivos y relacionados con el comportamiento. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el SPM es el problema que, con mayor frecuencia:

- Influye negativamente en el aprovechamiento escolar y el bienestar emocional de las adolescentes y jóvenes.
- Es una de las causas más frecuentes de absentismo laboral en las mujeres, lo que repercute en un importante coste económico para la economía de los países desarrollados.
- Incluso no siendo motivo de absentismo laboral, en muchas mujeres es la causa de una disminución significativa de su eficiencia y productividad en el trabajo.
- Influye negativamente en las relaciones interpersonales, especialmente en las familiares y de pareja.

## IMPORTANCIA

Recientemente se han presentado datos de prevalencia del SPM y del trastorno disfórico premenstrual (TDPM), la forma más grave del SPM, en España en una encuesta realizada en el año 2008 a 2.108 mujeres de entre 15 y 49 años. 1.554 mujeres (73,7%) de las 2.108 investigadas presentaron alguno de los síntomas incluidos en el Premenstrual Symptoms Screening Tools (PSST) durante los últimos doce ciclos y el 14% de estas mujeres sin-

tomáticas evaluó la intensidad de los síntomas como severos.

## CAUSAS

Se han postulado múltiples factores vinculados al SPM: hormonales, neuronales, derivados del estrés y de los rasgos de personalidad, hereditarios, genéticos, nutricionales, etc. Y como mecanismos fisiopatológicos se han barajado modificaciones hormonales, ováricas, endocrinas y neuronales.

## SÍNTOMAS

Los síntomas habitualmente comienzan entre cinco y siete días antes de la menstruación, pero en algunas mujeres este periodo se alarga hasta 12-14 días antes de la regla, desapareciendo al comienzo de la misma. No es infrecuente que cuando las mujeres solicitan ayuda médica lleven hasta 10 años de padecimiento. Los síntomas somáticos asociados con más frecuencia son la tensión mamaria, la distensión abdominal y las artralgias, mialgias, cefaleas, edemas periféricos y alteraciones del hábito intestinal, mientras que los síntomas psíquicos más referidos son la irritabilidad y el ánimo deprimido.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SPM aún está rodeado de cierto grado de escepticismo por la imposibilidad de demostrar modificaciones bioquímicas o físicas específicas de este síndrome. La primera herramienta diagnóstica y sin duda la de mayor utilidad es la anamnesis, que deberá estar dirigida hacia la valoración de los síntomas presentes, considerando su intensidad

y cronología. Los síntomas deben tener la suficiente intensidad para alterar el normal funcionamiento de la mujer, su calidad de vida y sus relaciones interpersonales. Un requisito diagnóstico es la presencia de días libres de síntomas. Probablemente la herramienta de mayor utilidad de la que disponemos es el registro prospectivo de los síntomas, cuyo objetivo es la anotación y, por tanto, el registro objetivo de la presencia o ausencia de síntomas, su tipo e intensidad. No deben confundirse los síntomas asociados a SPM/TDPM con los síntomas asociados a

*El síndrome premenstrual (SPM) es una entidad clínica mal definida que agrupa una gran variedad de síntomas que aparecen en la fase lútea del ciclo menstrual y que suelen remitir al inicio de la menstruación*

algunas patologías físicas y psíquicas, que pueden tener una exacerbación en la fase menstrual: migrañas, síndrome de fatiga crónica, colon irritable, lupus eritematoso o algunos cuadros psiquiátricos como la depresión, cuadros de pánico o la ansiedad. Generalmente, en estos casos los síntomas manifestados no son los típicos del SPM y no se limitan a la fase lútea.

## TRATAMIENTO

Las alternativas terapéuticas que se utilizan en el SPM no siempre tratan de abordar el origen del problema sino que, en ocasiones, se limitan al tratamiento de los síntomas. Dada la variedad de síntomas y la posible complejidad de algunos de ellos, las alternativas terapéuticas planteadas han sido numerosas

y no siempre basadas en la evidencia científica. Así, se han utilizado para el tratamiento del SPM, con poca base científica, terapias alternativas como la acupuntura, las hierbas medicinales –entre las que destaca el aceite de onagra–, la homeopatía y los suplementos dietéticos a base de calcio. Una alternativa ampliamente extendida, especialmente en Estados Unidos y algunos países anglosajones, ha sido la utilización de psicofármacos, fundamentalmente fármacos antidepresivos. Hace ya 20 años se demostró que la administración de clomipramina, un inhibidor no selectivo de la recaptación de serotonina, resultaba efectiva para disminuir los síntomas de irritabilidad y tristeza en mujeres con SPM severo. A partir de este hallazgo se pusieron en marcha diferentes estudios para evaluar la efectividad de los inhibidores, selectivos y no selectivos, de la recaptación de serotonina en el tratamiento del SPM y del TDPM. Los resultados de estos estudios permiten concluir que la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina son los psicofármacos más indicados para el tratamiento del SPM. A pesar de que los tratamientos con antidepresivos han demostrado su efectividad en la reducción de los síntomas asociados al comportamiento y a la esfera psicológica, así como en la mejoría de algunos síntomas físicos, la cefalea premenstrual no mejora con este tipo de terapia, lo que supone una limitación para su uso, especialmente

en el caso de pacientes en las que predomine este síntoma. Además, hay dos consideraciones importantes: la primera es que no se ha podido estudiar con ensayos clínicos a mujeres menores de 18 años y la segunda, el estigma que puede suponer para las mujeres el hecho de tener que tomar psicofármacos.

Por ello, en la mayoría de los casos se recurre a los tratamientos basados en el uso de hormonas. Este tipo de tratamientos busca, fundamentalmente, la supresión del ciclo ovárico, puesto que se ha demostrado que no existe SPM durante el embarazo o la menopausia, en mujeres sin ovarios ni en mujeres con ciclos no ovulatorios. En la actualidad existe evidencia de buena calidad para poder recomendar como tratamiento de primera elección (nivel de recomendación A) el uso de anticonceptivos hormonales orales combinados que contengan drospirenona (DRSP) en régimen de 24/4 en aquellas pacientes sin deseo gestacional que presenten síntomas premenstruales. ▀



VII Encuesta Bayer de Anticoncepción 2011

# Análisis de los hábitos anticonceptivos

*La Encuesta Bayer de Anticoncepción en España, que analiza los hábitos anticonceptivos de la población femenina en edad fértil, ha presentado su VII edición a finales de 2011. Los datos que en ella se recogen reflejan una evolución favorable en relación con el uso de métodos anticonceptivos fiables, desde que en 1997 se realizara la primera encuesta en este sentido. No obstante, y a pesar de ello, este dato no permite reducir en la misma progresión el riesgo de un embarazo no deseado que soportan casi dos millones de mujeres de entre 15 y 49 años.*



**Dr. Javier Martínez Salmeán**

Jmartinezs.hsvo@salud.madrid.org  
Jefe de Servicio de  
Obstetricia y Ginecología del  
Hospital Severo Ochoa

Esta contradicción entre la mejoría en el porcentaje de usuarias de métodos fiables y el mantenimiento y aumento del riesgo tiene su origen en hábitos y conductas que desafortunadamente no han evolucionado favorablemente en estos años.

Desde mi punto de vista existen dos motivos que se perpetúan en el contexto de una educación sexual muy errática: el alto porcentaje de uso del preservativo y su inconsistencia, acompañado del uso limitado de la anticoncepción hormonal, en comparación con el resto de países del entorno europeo, y justificado en parte por la percepción negativa que arrastra la anticoncepción hormonal

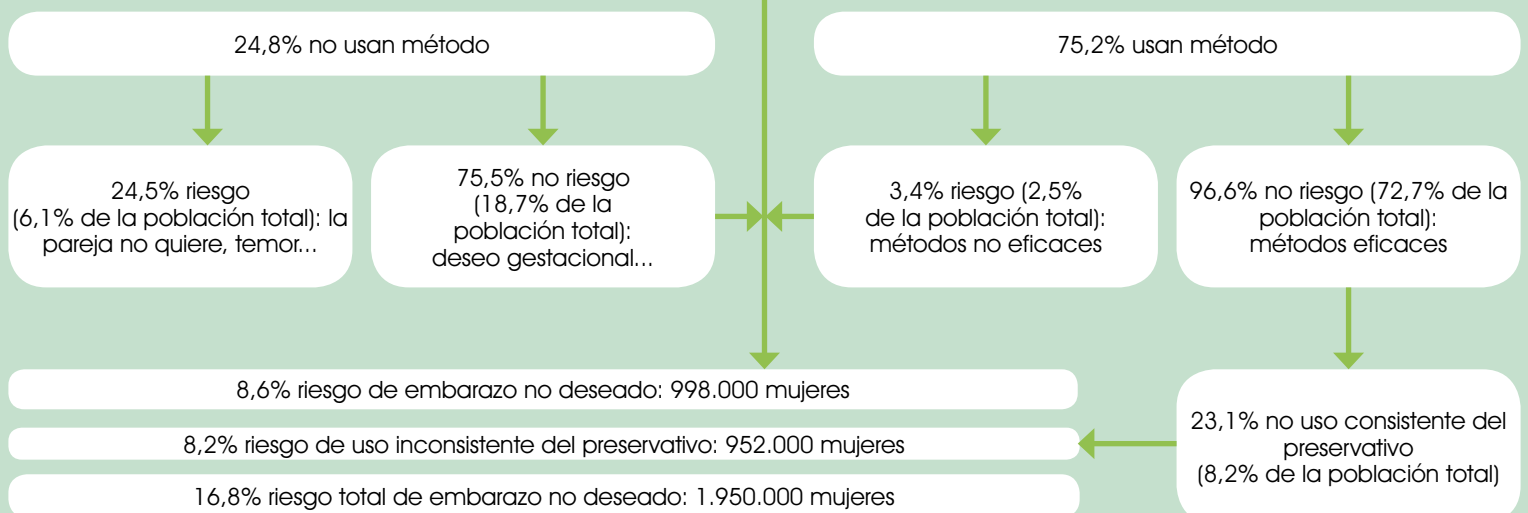
basada en mitos y falsas creencias del pasado.

La encuesta confirma que el preservativo sigue siendo el método más usado en nuestro país, con un 35,6% de uso, pero al mismo tiempo este dato conlleva el de la mala utilización por un uso inconsistente (o no en todas las relaciones) de este método que se da en el 23% de sus usuarios. Esta mala utilización es intrínseca al propio método y comparable a la que se da en otros países del entorno europeo o Estados Unidos. La diferencia es que el porcentaje de uso del preservativo en España duplica y a veces triplica el uso que se da en países de nuestro entorno europeo y por tanto también

la exposición al riesgo de un embarazo no deseado también se multiplica. Así pues, si nos comparamos, por ejemplo, con Francia, donde la tasa de uso del preservativo se sitúa en el 6% –admitiendo una eficacia real con un índice de fallos del 18%–, la proyección al total de mujeres en riesgo de embarazo por esta causa en nuestro país vecino nunca podrá llegar a un porcentaje importante. En relación con la anticoncepción hormonal, el uso en España está por debajo de la media europea; su buena eficacia real y los beneficios no contraceptivos no son capaces de vencer a los miedos atávicos que nos acompañan desde la Transición. Esto

## MUJERES EN RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO

Total mujeres 15-49 años: 11.605.731





se refleja en el alto porcentaje de mujeres (casi un 50%) que no la toman por temores injustificados como el aumento de peso o porque contiene hormonas.

#### LA EDUCACIÓN DETERMINA LOS COMPORTAMIENTOS

Margarita Delgado, en un reciente estudio del CSIC sobre maternidad adolescente, introduce una frase esencial: "La educación determina los comportamientos". Durante las últimas décadas, en relación con los anticonceptivos, la información prevalece sobre la educación: el entorno social cada vez tiene más peso como fuente de información, especialmente entre los más jóvenes, y este entorno está apoyado en amigos y familia pero, sobre todo, también en el colegio. Por eso, entre las conclusiones del

Equipo Daphne que presentamos sobre esta VII Encuesta Bayer sobre Anticoncepción, destaca la necesidad de incidir en la mejora de la información y la educación desde las edades más jóvenes. Los medios de comunicación han realizado durante estas dos últimas décadas una labor inestimable en sexualidad y anticoncepción. El trabajo periodístico cada vez está siendo más objetivo y su contribución a la educación sexual y a la difusión de los diferentes métodos anticonceptivos es inestimable; por eso, desde nuestro grupo cada año reconocemos con el premio Daphne la contribución de la buena información al mundo sanitario con información cada vez más neutral y con criterios de consenso en sus consejos e indicaciones anticonceptivas. El entorno social, no obstante, no ha sido abordado convenientemente.

Como ha ocurrido con los medios de comunicación y con los profesionales sanitarios, creo que la educación en colegios y universidades debe ser una intervención prioritaria si pretendemos modificar positivamente los hábitos anticonceptivos y rebajar la cifra espectacular de 2 millones de mujeres en riesgo de embarazo no deseado. **■**



#### MOTIVO PARA EL NO USO DE LA PÍLDORA



Base: 761 mujeres que nunca han usado la píldora y tienen necesidades anticonceptivas. Respuesta múltiple.

Ezequiel Pérez Campos, miembro del Equipo Daphne, y Esther de la Viuda, Presidenta de la Sociedad Española de Contracepción, nos presentan la

# Primera Escala de Calidad de Vida y Anticoncepción

*El Equipo Daphne, en colaboración con la Sociedad Española de Contracepción, presenta un nuevo proyecto pionero para analizar el impacto de la anticoncepción en la calidad de vida de la mujer. Se trata de la primera escala de calidad de vida y anticoncepción que se publica en el mundo, y ofrece una herramienta a los profesionales médicos para cuantificar los beneficios que la anticoncepción aporta a la calidad de vida de la mujer.*

**Vuelven a dar un nuevo paso innovador en el análisis de la anticoncepción y su impacto en la mujer. ¿Cómo surgió la idea de poner en marcha una iniciativa de este calibre?**

**Ezequiel Pérez Campos (E. P. Campos).** - La Sociedad Española de Contracepción se había planteado, desde hace tiempo, la necesidad de tener un instrumento de medida para poder poner “negro sobre blanco” y con medios científicos la idea generalizada de que la anticoncepción mejora la calidad de vida de las mujeres; como el término “calidad de vida” puede abarcar tantos y tan variados aspectos, lo que se intentó es circunscribirlo al ámbito de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Contando con el patrocinio de Bayer, se contrató a la Agencia IMS, experta en temas de CVRS, para realizar este ambicioso proyecto.

**Esther de la Viuda (E. V.).** - Además, el motivo para poner en marcha este proyecto era que, aunque hay algunos estudios que nos hablan de una mejor calidad de vida al utilizar métodos anticonceptivos, no existía en el momento actual una herramienta de este tipo para valorar dicha calidad de vida relacionada con la salud en mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, y las escalas que se utilizan, como el MDQ (Menstrual Distress Questionnaire) o el DRSP (Daily

Record of Severity Problems), valoran aspectos parciales relacionados con el ciclo menstrual.

**¿Cómo esperan que sea recibida por la profesión médica?**

**E. P. Campos.** - Nos consta que existe expectación por parte de los profesionales y de la industria de la anticoncepción. Esperamos una gran acogida en nuestro país y la validación en otros ámbitos internacionales, que también han mostrado ya su interés en la escala. Hay que tener en cuenta que es la primera escala que permite objetivar la mejora de la CVRS de un método anticonceptivo determinado.

**E. V.** - A nivel práctico, hay que destacar también que la mayoría de los investigadores que han participado en el proceso de desarrollo y validación de la escala han manifestado que lo utilizarían no solo para la investigación clínica (87,1%) sino también como una herramienta orientativa (93,5%). En general, más de la mitad declaró que seguiría pasando el cuestionario en las consultas al finalizar el estudio. Pienso que estos datos nos dan idea de la buena aceptación por parte de los profesionales.

**¿Los resultados que arrojen ofrecerán una gran novedad con respecto a lo que ya conocen?**

**E. P. Campos.** - Tal vez no vayamos a descubrir grandes hallazgos, pero



*“Estamos asistiendo a lo que podemos denominar la ‘segunda revolución’ en anticoncepción”*

les vamos a dar carácter de verdad científica y no mera suposición clínica, al tener el adecuado instrumento de medida. En la ciencia, las hipótesis se tienen que demostrar con instrumentos que permitan la objetivación de las mismas para quedar demostradas.

**E. V.** - Lo que va a permitir la escala es objetivar de una manera sencilla esos cambios en la calidad de vida al utilizar métodos anticonceptivos, ya que el tiempo medio para cumplimentarla es de seis minutos y creo que va a ser muy útil, sobre todo, en trabajos de investigación.

#### ¿Es la mujer de ahora más exigente también en cuanto a anticoncepción?

**E. P. Campos.** - Sin duda. Estamos asistiendo a lo que podemos denominar la "segunda revolución" en anticoncepción. Las mujeres, las parejas, no se conforman con que el método sea eficaz y seguro para su salud. Piden, cada vez más, que controle algunos aspectos de su salud, que tenga

beneficios añadidos o que interfiera escasamente con su vida.

**E. V.** - Sin embargo, a pesar de que las mujeres demandan más cosas a los métodos anticonceptivos, quizá porque las que están informadas saben que les pueden proporcionar beneficios adicionales, existen todavía muchas ideas erróneas respecto a supuestos riesgos de estos métodos que hace que un número importante de mujeres en España no se decidan a utilizarlos. Todavía hay mucho trabajo por hacer en este sentido.

#### A grandes rasgos, ¿qué aspectos de la anticoncepción intervienen en la mejora de la calidad de vida de la mujer y se han tenido en cuenta en esta escala?

**E. P.** - La escala valora cinco dominios o parcelas de la CVRS como son la sintomatología menstrual (cantidad de la regla, dolor), la sintomatología mamaria (hinchazón, dolor, tensión), la esfera psicológica (bienestar psicológico), la esfera social (rendimiento, interferencias

con la vida laboral, familiar o de relación) y la esfera de las relaciones sexuales.

**E. V.** - Hay un número variable de preguntas que valoran estos aspectos y el número total es de 19. Realmente es un cuestionario que la mujer rellena fácilmente.

#### ¿Qué otros proyectos se plantean para el futuro?

**E. P. Campos.** - Ya estamos realizando un estudio con la escala aplicada al estudio de CVRS de una píldora anticonceptiva con beneficios añadidos. Y pretendemos apoyar su validación en otros ambientes y países en Europa y Latinoamérica, para su mayor conocimiento y difusión. Pretendemos que la escala SEC-QoL sea un instrumento habitual en la evaluación de cualquier nuevo método anticonceptivo.

**E. V.** - En este momento el principal objetivo es difundir esta escala a todos los niveles y facilitar su utilización. En este sentido, estamos muy satisfechos por la respuesta que estamos obteniendo. ▀

*“Lo que va a permitir la escala es objetivar de una manera sencilla esos cambios en la calidad de vida al utilizar métodos anticonceptivos”*



Nuestro boletín celebra su número 30, una cifra redonda que refleja la evolución de la salud de la mujer en nuestro país, así como la apuesta del Equipo Daphne por fundamentar en la mejora de la información, el avance de la realidad anticonceptiva.



**EQUIPO** *daphne*

