



Mi Universidad

Resumen

Angel Diego de la Cruz Abarca

Resumen

Primer parcial

Análisis de la decisión en la clínica

Dra. Citlali Berenice Fernández Solís

Medicina Humana

8 Semestre

La relación entre los trastornos menstruales y el uso de antidepresivos en mujeres sigue sin estar clara. En este estudio, nos propusimos investigar la tasa de incidencia de los trastornos menstruales relacionados con los antidepresivos y examinar si el uso de antidepresivos está asociado o no con los trastornos menstruales en mujeres.

Métodos

La muestra del estudio se obtuvo de tres centros y cuatro hospitales. Se incluyeron en el estudio un total de 1432 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión. La muestra se dividió en dos grupos: el grupo de antidepresivos ($n = 793$) y el grupo de control ($n = 639$). Los trastornos menstruales se prepararon con informes de los participantes del estudio sobre la base de descripciones ginecológicas relacionadas.

Resultados

La prevalencia de trastornos menstruales fue significativamente mayor en el grupo de antidepresivos (24,6%) que en el grupo control (12,2%). La incidencia de trastorno menstrual inducido por antidepresivos fue del 14,5%. Los antidepresivos más asociados con trastornos menstruales fueron paroxetina, venlafaxina, sertralina y su combinación con mirtazapina. En general, la tasa de incidencia fue similar en mujeres que recibieron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio sugieren que los trastornos menstruales se observan con frecuencia en mujeres que toman antidepresivos y que parecen estar asociados con el uso de antidepresivos al menos en algunas mujeres.

Introducción

El ciclo menstrual es una función hormonal importante en las mujeres durante su período reproductivo. Además de las fluctuaciones hormonales, se pueden observar algunos cambios mentales en este período. La asociación entre los problemas psiquiátricos y la menstruación incluye principalmente dos puntos: la asociación con la aparición o el curso de los síntomas o trastornos mentales del premenstruo o la menstruación, y los efectos de los psicotrópicos en el ciclo menstrual. La fase premenstrual se relaciona con frecuencia con síntomas anímicos, conductuales y somáticos. Los síntomas anímicos disfóricos premenstruales que incluyen estado de ánimo deprimido, labilidad afectiva e irritabilidad no son raros [1]. Además, la menarquía y el período

premenstrual se asocian con trastornos mentales en al menos algunas mujeres [2], [3].

La relación entre los psicotrópicos y la función menstrual en las mujeres se ha centrado principalmente en los antipsicóticos. El impacto de los fármacos antidepresivos, los psicotrópicos más utilizados, en el ciclo menstrual no está claro. Por el contrario, los médicos observan que algunos pacientes que acuden a la clínica ambulatoria de psiquiatría informan anomalías en el sangrado menstrual o la regularidad después del inicio de un fármaco antidepresivo. Hasta donde sabemos, no hay ningún estudio publicado que examine la prevalencia de trastornos de la menstruación secundaria al tratamiento con antidepresivos. Este estudio tuvo como objetivo investigar lo siguiente: (a) la prevalencia de trastornos en la menstruación debido al tratamiento con antidepresivos específicos, (b) las diferencias en la prevalencia de trastornos menstruales entre mujeres que toman antidepresivos en comparación con controles que no toman antidepresivos y (c) la asociación de factores sociodemográficos con trastornos menstruales inducidos por antidepresivos.

En la literatura se han descrito numerosos casos de hemorragia uterina anormal asociados a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como efecto secundario del tratamiento antidepresivo. Sin embargo, hasta la fecha, solo se han descrito casos de hemorragia uterina anormal asociada al bupropión, un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina, en dos estudios de casos. Una paciente de 28 años, oligomenorreica, fue ingresada en el departamento de psiquiatría con síntomas de depresión. Se le diagnosticó depresión mayor y se le recetó bupropión 150 mg/día. Tras el inicio del tratamiento, la paciente experimentó una hemorragia uterina de leve a moderada, que se resolvió con la interrupción del fármaco. En la anamnesis del paciente se supone que había desarrollado el mismo efecto secundario con el tratamiento anterior con bupropión. Un examen exhaustivo del paciente sugiere que este efecto adverso podría estar fuertemente asociado con el bupropión. Este caso apoya la opinión de que los antidepresivos pueden causar anomalías hemorrágicas, en particular hemorragia vaginal causada por el uso de bupropión. Los médicos que prescriben bupropión deben realizar un seguimiento cuidadoso de sus pacientes para identificar dichos efectos adversos.

Caso clínico:

Paciente femenino de 30 años de edad la cuál acude al servicio de urgencias por presentar polimenorrea (sangrado con duración >8 días), refiere utilizar tampones (9 por día), como antecedente de importancia: refiere que hace 6 meses fue diagnosticada de acuerdo al CIE-10 (F32), aparentemente en tratamiento.

Signos vitales: TA: 1100/80 mm/Hg, FC: 110 lpm, FR: 21 rpm , Temp: 37.4° C, SAT: 97%

AGO: Menarca: 15 años, Ciclos: regulares, IVSA: 16 años, NPS: 4, FUM: NO recuerda, G3 P1 C1 A1

Pregunta 1

Respecto a los ciclos menstruales, responde:

Duración normal: Sangrado menstrual, describe una perdida de sangrado menstrual de 3 a 8 días

Cantidad normal: el sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo.

Frecuencia normal: es la presencia de Intervalos de sangrado de 24 a 38 días

Ciclo regular: se presenta con una variación normal de ciclo a ciclo de + 2 a 20 días.

Pregunta 2

¿Cuáles es tú impresión diagnóstica?

R.- Sangrado Uterino Anormal en relación a antidepresivos

Pregunta 3. Menciona la clasificación de esta patología

Clasificación PALM-COEIN	
Pólipos	Coagulopatias
Adenomiosis	Disfunción Ovulatoria
Leiomiomas	Endometrio
Malignidad	Latrogénico
	No clasificados

Pregunta 4. ¿Qué estudios de laboratorio solicitarías en este caso?

R.- **Biometría Hemática:** puede existir disminución de eritrocitos y/o hemoglobina

PIE: Indicado en toda px con VSA

Perfil tiroideo: Solo si existen hallazgos clínicos sugestivos de enfermedad tiroidea

Solicitar niveles de FSH, LH, y prolactina: paciente que se

sospeche de anovulación crónica como causa de sangrado uterino anormal.

Pregunta 5. ¿Qué estudios de imagen solicitarías?

R.- Ultrasonido transvaginal: para ver si hay alteraciones anatómicas

Pregunta 6. Menciona los diferentes tipos de tratamiento que existen para esta patología

R.- Tratamiento no hormonal

AINES (ácido mefenámico, naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, indometacina y ácido acetilsalicílico)

Tratamiento Hormonal

Levonorgestrel en sistema intrauterino

Danazol

DIU/parches/anillos vaginales

Progestinas

Tratamiento Quirúrgico

Ablación endometrial

adelgazamiento del endometrio

GPC: IMSS-322-10 Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal de origen no anatómico.



Sangrado uterino ANORMAL



DEFINICIÓN: variación del ciclo menstrual anormal, incluye cambios en regularidad, frecuencia del ciclo, aumento de la duración y cantidad del flujo menstrual.

MENSTRUACIÓN NORMAL

- Duración: 3-8 días
- Ciclo: +2 a 20 días
- Cantidad: 5-80 ml por ciclo
- Frecuencia: intervalos de 24 a 38 días



EPIDEMIOLOGÍA: es la 2da causa de consulta ginecológica. 9-14% de las mujeres en edad reproductiva han tenido ciclos menstruales mayores a 80 ml.



CLASIFICACIÓN:

PALM: Se indentifican por técnicas de imagen o estudio histopatológico

COEIN: No Se indentifican por técnicas de imagen o estudio histopatológico



Pólipos
Adenomiosis
Leiomiomas
Malignidad o hiperplasia

Coagulopatías
Ovulación disfuncional
Endometrial
Iatrógenas
No clasificables



CUADRO CLÍNICO:

Alteraciones de la cantidad, frecuencia y regularidad del sangrado. Y puede haber sangrado intermenstrual y/o postcoital, SPM, dismenorrea, datos de virilización, hipotiroidismo, obesidad.

PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE:

1. **Laboratoriales:** pruebas de coagulación (px que sufren de SUA desde menarca), prueba de embarazo (px con vida sexual activa), pruebas de función tiroidea (px c/ clínica sugestiva), perfil androgénico (px con virilización), niveles de FSH, LH y prolactina (px con sospecha de anovulación crónica, se hace dx con FSH baja y LH elevada).
2. **Gabinete:** USG (de elección para identificar anomalías estructurales)) Histeroscopia: si USG no es concluyente. Biopsia de endometrio: sospecha de alteración anatómica. Si USG y biopsia son normales se hace DX presuntivo de SUA de origen no anatómico.

TRATAMIENTO: el tratamiento médico es de primera línea

- **AINES:** inicial. Px con SUA no anatómico regular y no abundante
- **DIU Levonogestrel**
- **Anticonceptivos hormonales orales**
- **Progestágenos:** anovulación crónica c/ contraindicación de anticonceptivos
- **Ácido taxenámico:** contraindicación de anticonceptivos VO
- **Legrado uterino:** HUA severa que no responde a fármacos
- **Ablación endometrial con balón térmico:** HUA severa, px que no desea embarazo
- **Histerectomía:** Fracaso de tratamiento médico y ablación. Px que no desea embarazo. de última elección.

