

Relación entre síndrome premenstrual y dieta.

Relationship between premenstrual syndrome and diet.

Valentina Flores-Riquelme^{1,3}, Catalina Lillo-Zapata^{1,3}, Florencia Luppichini-González^{1,3},
Valentina Mendoza-Angulo^{1,3}, Paz Molina-Muñoz^{1,3}, Constanza Segura-Barrales^{1,3}, Yolanda Contreras-García^{2,3}

¹Estudiante de pregrado, carrera de Obstetricia y Puericultura.

²Profesora Asociada. Matrona. Especialista en Perinatología. MSc. PhD.

³Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

*Autor para correspondencia: ycontre@udec.cl

RECIBIDO: 29 de Noviembre de 2023

APROBADO: 04 de Octubre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4043

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UN TRABAJO DE PREGRADO

Palabras claves: Síndrome premenstrual, Ciclo menstrual, Dieta, Obesidad.

Key words: *Premenstrual Syndrome, Menstrual Cycle, Diet, Obesity.*

RESUMEN

El síndrome premenstrual, es un trastorno que posee alta prevalencia a nivel mundial en las mujeres en edad fértil. La ingesta alimentaria, parece estar asociada a algunos de los síntomas frecuentes presentes en él. Reconocer en la evidencia científica dicha relación es una oportunidad para mejorar el enfoque integral en la atención y fortalecer el trabajo interdisciplinario. La literatura reciente asocia la obesidad y el sobrepeso con el síndrome premenstrual, reconociendo además que los cambios de patrones alimentarios en la población pudieran estar apuntando a encontrarnos con oportunidades de consejería orientada a mejorar la ingesta alimentaria. Por lo tanto explorar acerca de la dieta en las usuarias y entregar información oportuna durante la atención en salud sexual o ginecológica, puede ser una estrategia que ayude a las mujeres a gestionar su salud menstrual.

ABSTRACT

Premenstrual syndrome is a disorder that is highly prevalent worldwide in women of childbearing age. Dietary intake seems to be associated with some of the frequent symptoms present in it. Recognizing this relationship in the scientific evidence is an opportunity to improve the comprehensive approach to care and strengthen interdisciplinary work. Recent literature associates obesity and overweight with premenstrual syndrome, also recognizing that changes in dietary patterns in the population may be pointing to opportunities for counseling aimed at improving dietary intake. Therefore, exploring diet in clients and providing timely information during sexual or gynecological health care may be a strategy to help women manage their menstrual health.

INTRODUCCIÓN

El síndrome premenstrual (SPM) es un conjunto de síntomas y signos físicos, psicológicos, cognitivos y de comportamiento que empiezan una o dos semanas antes del comienzo de la menstruación y desaparecen con ésta. A nivel mundial este trastorno afecta a aproximadamente 47,8% de las mujeres en edad fértil [1]. Mientras que, en Chile, se identifica una incidencia de alrededor del 50% de las mujeres en edad fértil [2]. Por otro lado, en Estados Unidos se estima que entre el 70-90% de las mujeres en edad reproductiva reportan alguna molestia premenstrual [3].

Aunque se afirma que el SPM tiene etiología desconocida, su presencia se asocia a distintos factores de la vida diaria de las personas como la alimentación. En este sentido, una revisión publicada en 2019, que analizó la asociación entre la dieta, antioxidantes y la depresión, afirma que una dieta balanceada afecta la cognición, la capacidad de memoria y emociones. Esto último es relevante, puesto que dentro de la sintomatología del SPM encontramos dimensiones psicológicas y emocionales [4].

La relación entre la alimentación y su uso para alivio del SPM en los servicios de salud ha sido objeto de investigación en los últimos años, observando que la malnutrición por déficit o exceso estarían implicadas en su presencia, reconociendo que la obesidad ha aumentado con los años tanto en nuestro país, como en el mundo [5]. De hecho, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y la última encuesta nacional de salud realizada el año 2017 respecto al estado nutricional de la población, se destaca que, dentro de la población de mujeres, un 33,7% presenta sobrepeso, un 33,9% presenta obesidad y un 4,7% presenta obesidad mórbida o severa [6]. Conocer la evidencia científica respecto de esta asociación resulta una interesante propuesta para seguir fortaleciendo la necesidad de la integralidad de la atención clínica realizada por profesionales de la matronería y del trabajo interdisciplinario.

DESARROLLO

El ciclo menstrual es un proceso fisiológico y complejo que ocurre en el período reproductivo de la mujer. Este comienza con la menstruación y tiene una duración normal aproximada de 28 días [7]. Su fisiología depende directamente de hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. A nivel del hipotá-

lamo, se encuentra la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) la cual estimula en la hipófisis la liberación de las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), que actúan a nivel ovárico provocando la liberación de estrógenos y progesterona [7,8]. En función de estas hormonas, el ciclo se puede dividir en dos fases que duran un aproximado de 14 días cada una en mujeres en edad fértil. En primera parte, la fase folicular comienza con el inicio de la menstruación y termina con el aumento exponencial de la hormona luteinizante (LH). Posteriormente, la fase lútea comienza con este peak, entre las 30 a 36 horas se hace presente la ovulación y finaliza con el inicio de la menstruación [8].

Durante la fase lútea pueden ocurrir una serie de síntomas somáticos y psicológicos que se resuelven con el inicio de la menstruación [9]. Cuando estas afectan acciones de la vida cotidiana de las personas, se conoce como Síndrome Premenstrual (SPM). El SPM es un cuadro clínico que ocurre previo a la menstruación, el cual abarca manifestaciones físicas y psicológicas clínicamente significativas que llevan a una angustia sustancial y deterioro de la capacidad funcional [10,11].

Si bien, la causa que origina este síndrome no es clara, en la literatura reciente se asocia a un exceso de estrógenos sumado a un déficit de progesterona, señalándose además que la serotonina sería un factor etiológico clave, asociándola a los cambios de humor [12]. Por otra parte, para diagnosticar el SPM debe haber presencia de uno o más de los siguientes síntomas físicos y psicológicos: malestar psicológico, edema, aumento de peso, sensibilidad mamaria, temblor en las extremidades, calambre o dolor, problemas de concentración, trastornos del sueño y/o cambios en el apetito [2].

Otros de los síntomas más comunes son tristeza, desesperanza, tensión, cambios de humor, dificultad para concentrarse, cambios de apetito, insomnio, hinchazón y dolores de cabeza [13]. La duración de los síntomas puede variar desde un par de días a dos semanas [14]. Desde el año 2005, se utiliza una escala llamada Daily Record of Severity of Problems o Evaluación Diaria de la Gravedad de los Síntomas (DRSP), que permite documentar la intensidad y frecuencia de los síntomas tanto emocionales y físicos asociados al ciclo menstrual [14], que ha sido evaluada psicométricamente y se le reconoce como útil para evaluar distintos grados de severidad de los síntomas [15,16].

El SPM puede clasificarse en diferentes categorías dependiendo de sus manifestaciones. Una revisión sistemática publicada en el año 2022, identifica cuatro categorías. En primer lugar, se encuentra el SPM-A, el cual corresponde al más común y se caracteriza por bajos niveles de progesterona y altos niveles de estrógeno, provocando cambios de ánimo, irritabilidad e insomnio. En segundo lugar, se identificó el SPM-C, que se asocia a un incremento en el apetito, particularmente alimentos dulces, alteraciones como intolerancia a la glucosa y fatiga. El tercer tipo corresponde al SPM-D, el cual se reconoce por presentar niveles anormalmente altos de progesterona sérica y bajos niveles de estrógeno. Además, ocurre un aumento en la secreción de hormonas esteroideas, que también se observa en el síndrome disfórico premenstrual. Y por último, se identificó el SPM-H, donde hay presencia cíclica de aumento de peso y excesiva producción de aldosterona que causa retención de líquidos en la fase lútea del ciclo menstrual [17].

Con respecto al tratamiento, su objetivo principal es aliviar la sintomatología, este debe ser personalizado de acuerdo a las manifestaciones que refiera cada paciente. Dentro de las opciones se encuentra el uso de anticonceptivos orales combinados (ACO), los cuales han demostrado tener un impacto favorable en la disminución de síntomas psicológicos y emocionales. Otra alternativa corresponde a los Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), que han sido utilizados como tratamiento de primera línea para aliviar principalmente los síntomas psicológicos [14]. No obstante, durante los últimos años se han estudiado métodos no farmacológicos como una alternativa terapéutica, tales como una mejora en el estilo de vida a través del aumento del ejercicio físico, la suplementación de algunos micronutrientes y la dieta alimentaria [18].

Investigadores han destacado también elementos que se han asociado al riesgo de padecer SPM, entre ellos encontramos el consumo de cigarrillos y la obesidad. Con relación a esta última, se estima que por cada 1 kg/m² de incremento, la asociación con la presencia de SPM es significativa, afirmado que llegaría a aumentar en un 3% la probabilidad que se presente [4].

Según datos del año 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el porcentaje de obesidad desde el año 1975 se ha triplicado a nivel mundial. Lo anterior se estima considerando un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m² en adultos. El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos [19].

Un estudio de caso y control, publicado el año 2023, cuyo objetivo fue investigar la relación entre el SPM y la dieta para determinar si ciertos nutrientes pueden modular la prevalencia del síndrome, éste contó con la participación de 30 mujeres entre 19 a 49 años, de las cuales 16 estaban diagnosticadas con SPM y las 14 restantes correspondían al grupo control. Sus resultados mostraron que no hubo diferencias significativas del promedio del IMC entre el grupo caso y el grupo control, tampoco lo hubo para la ingesta calórica, carbohidratos ni proteínas. En relación al consumo de grasas no saturadas, se encontró una diferencia significativa (p valor 0.026) donde las mujeres con SPM mostraban un menor consumo, asimismo, este grupo mostró un mayor consumo de cobre en comparación con el grupo control [20].

Por otro lado, MoradiFili B et al. en su estudio de caso y control, desarrollado en Irán recientemente publicado, buscó la asociación entre los patrones alimentarios y su influencia en el SPM, entre mujeres con SPM diagnosticado (225) y mujeres sanas (334) reclutadas en centros de salud, con un rango etario de 20 a 46 años. Las participantes se sometieron a la realización de un cuestionario denominado Cuestionario de Frecuencia de Alimentos (FFQ) para obtener información respecto a su dieta en el último año y determinar los patrones alimentarios a partir de los principales alimentos consumidos [21]. Los resultados mostraron 3 tipos de patrones alimentarios: el patrón alimentario tradicional, que incluye el consumo de huevos, frutas, carnes rojas, granos, verduras, aceites vegetales, cereales integrales, entre otros. En segundo lugar, el patrón alimentario occidental que abarca alimentos como comida rápida, refrescos, carnes procesadas, snacks salados y dulces, grasas hidrogenadas, lácteos ricos en grasas, entre otros. Y, por último, el patrón alimentario saludable donde se describe la ingesta de frutos secos, frutas, legumbres, verduras, pescado, entre otros. Sus resultados determinaron que el patrón alimentario occidental

se asoció a un incremento en los síntomas del SPM y que se observó que quienes tenían patrones de dieta saludable y tradicional tuvieron un menor riesgo de padecer dicho síndrome [21].

Por otra parte, un estudio realizado en Taiwán publicado en el año 2013, con un tamaño muestral de 1917 estudiantes universitarias, se llevó a cabo mediante un cuestionario auto aplicado para evaluar tanto el consumo de una dieta rica en azúcares y grasas, como de la calidad del sueño y el consumo de alcohol, el cual concluyó que están estrechamente relacionados con la presencia del síndrome premenstrual [22].

Con respecto a Latinoamérica, los estudios sobre la relación de la dieta y el SPM son limitados. De hecho, los autores orientan más esta temática hacia la vida laboral y sus efectos en la severidad del síndrome [23].

En Chile, las normativas ministeriales que rigen actualmente no cuentan con protocolos para pesquisa, diagnóstico y tratamiento específicos del SPM. La última publicación relacionada con esta temática es la Guía de Salud Menstrual, publicada en el año 2022, donde se encuentran recomendaciones respecto al SPM, pero desde el abordaje no farmacológico, entregando recomendaciones para promover la salud del ciclo menstrual con medicina basada en plantas. Si bien, la guía menciona la alimentación balanceada rica en vitaminas y minerales como un método para el alivio del dolor menstrual, no hace referencia al SPM [24].

Según una revisión narrativa publicada en el 2018 sobre etiología, diagnóstico y tratamiento del SPM realizado por la facultad de Farmacia de la Universidad de Nigeria, se recomienda la elaboración de directrices nutricionales para el uso de la alimentación en este trastorno; ya que, es de fácil acceso para la población, con escasos o nulos efectos secundarios y pone a la mujer al mando de su tratamiento [13].

De acuerdo al patrón alimentario adecuado para aliviar la sintomatología del SPM, algunos investigadores concuerdan que, una dieta que incluye micronutrientes como el calcio, magnesio, vitaminas B y D, podrían disminuir las alteraciones de este trastorno, lo que se asocia más a una dieta de tipo saludable, la cual destaca el consumo de frutas y verduras, inges-

ta de proteínas como carnes, huevos, uso de aceite de oliva y otros, junto con una adecuada hidratación [11, 13, 17, 20, 25]. Por otro lado, existe evidencia que contradice estos resultados, indicando que ningún patrón alimentario ha demostrado ser completamente efectivo para tratar el SPM debido a la falta de rigor en las investigaciones [13].

Frente a lo expuesto, debemos considerar cual es la valoración que estamos haciendo de la ingesta alimentaria de las mujeres en edad fértil, identificando la importancia que puede llegar a tener en la medida que existe un déficit o un exceso del consumo de alimentos que estarían mostrando asociación con el SPM, que sin duda afecta la calidad de vida de las mujeres en todos los espacios en donde interactúa. Por lo que incorporar, en la anamnesis de mujeres en edad fértil, preguntas asociadas a la ingesta alimentaria, parece ser una oportunidad de cuidado interdisciplinario en pro de una salud menstrual satisfactoria, con la finalidad de derivar a nutricionista si necesita una orientación específica asociada además a sus posibilidades económicas de acceso a alimentos y la forma variada de incorporarlos en la dieta.

Dentro de las limitaciones a la que nos vimos expuestas, para tener una idea más clara de lo que sucede en Latinoamérica y en especial en Chile en este asunto, es la poca literatura disponible.

CONCLUSIONES

Se observó una relación entre la sintomatología premenstrual y el tipo de dieta, por lo que se propone identificar la ingesta alimentaria de las personas menstruantes que acuden a profesionales de la matronería para gestionar una mejor salud menstrual e, incluso, trabajar interdisciplinariamente para lograr dicho objetivo, considerando que se puede entregar orientación en preferir alimentos más saludables, algunos micronutrientes, junto a la hidratación adecuada, y herramientas para disminuir la ingesta de alimentos procesados, azucarados y altos en grasas asociados a la dieta occidental que se ha visto más asociada a la sintomatología de SPM.

REFERENCIAS

1. **Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S.** Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(2):106-109. doi: 10.7860/JCDR/2014/8024.4021
2. **Carvajal J, Barriga M.** Dismenorrea y Síndrome Premenstrual (SPM). En: Gutiérrez L, editor. *Manual de Obstetricia y Ginecología.* Decimocuarta edición. Chile: Ediciones UC; 2023. p. 594-597.
3. **Popkin BM, Reardon T.** Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obes Rev.* 2018; 19(8):1028-1064. doi: 10.1111/obr.12694
4. **Huang Q, Liu H, Suzuki K, Ma S, Liu C.** Linking what we eat to our mood: a review of diet, dietary antioxidants, and depression. *Antioxidants (Basel).* 2019; 8(9):376. doi: 10.3390/antiox8090376
5. **Mishra S, Elliott H, Marwaha R.** Premenstrual Dysphoric Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/>
6. **Ministerio de Salud.** Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primera edición. Santiago de Chile; 2017. p. 34-37.
7. **Aguilar- Aguilar E.** Menstrual disorders: what we know about dietary-nutritional therapy. *Nutr Hosp.* 2021; 37(2):52-56. doi: 10.20960/nh.03358
8. **Casanova R, Beckmann C, Ling F.** *Obstetricia y ginecología.* 8a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015.
9. **Chumpalova P, Iakimova R, Stoimenova-Popova M, Aptalidis D, Pandova M, Stoyanova M, et al.** Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Ann Gen Psychiatry.* 2020; 19(1):3 doi: 10.1186/s12991-019-0255-1
10. **Yesildere Saglam H, Orsal O.** Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. *Complement Ther Med.* 2020; 48(102272). doi: 10.1016/j.ctim.2019.102272.
11. **Arabnezhad L, Mohammadifard M, Rahmani L, Majidi Z, Ferns GA, Bahrami A.** Effects of curcumin supplementation on vitamin D levels in women with premenstrual syndrome and dysmenorrhea: a randomized controlled study. *BMC Complement Med Ther.* 2022; 22(1):19. doi: 10.1186/s12906-022-03515-2.
12. **Sultana A, Heyat MBB, Rahman K, Kunnavil R, Fazmiya MJA, Akhtar F, et al.** A systematic review and meta-analysis of premenstrual syndrome with special emphasis on herbal medicine and nutritional supplements. *Pharmaceuticals (Basel).* 2022; 15(11):1371. doi: 10.3390/ph15111371.
13. **Nworie K.** Premenstrual syndrome: etiology, diagnosis and treatment. A mini literature review. *J Obstet Gynecol Investig.* 2018; 1(1):41-46. <https://doi.org/10.5114/jogi.2018.78010>
14. **Ryu A, Kim T-H.** Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas.* 2015; 82(4):436-40. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.08.010.
15. **Endicott J, Nee J, Harrison W.** Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health.* 2006; 9(1):41-9. doi: 10.1007/s00737-005-0103-y.
16. **Takeda T, Kai S, Yoshimi K.** Psychometric testing of the Japanese version of the Daily Record of Severity of Problems among Japanese women. *Int J Womens Health.* 2021; 13:361-367. doi: 10.2147/IJWH.S301260.
17. **Trezza A, Krabbe JP.** Review: A Vicious Cycle: Using Nutrition to Combat the Behavioral Impact of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Nutritional Perspectives: Journal of the Council on Nutrition [Internet].* 2022;45(2):14-21. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=85e63e65-e42a-3b1d-aece-fb-66f5ea3a>
18. **Siminiuc R, Turcanu D.** Impact of nutritional diet therapy on premenstrual syndrome. *Front Nutr.* 2023; 10:1079417. doi: 10.3389/fnut.2023.1079417.
19. **Organización Mundial de la Salud.** Obesidad y sobrepeso. [Internet]: OMS; 2021. [Consultado 29 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

20. Quaglia C, Nettore IC, Palatucci G, Franchini F, Ungaro P, Colao A, et al. Association between Dietary Habits and Severity of Symptoms in Premenstrual Syndrome. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(3):1717. doi: 10.3390/ijerph20031717.

21. MoradiFili B, Ghiasvand R, Pourmasoumi M, Feizi A, Shahdadian F, Shahshahan Z. Dietary patterns are associated with premenstrual syndrome: evidence from a case-control study. *Public Health Nutr*. 2020; 23(5):833-842. doi: 10.1017/S1368980019002192.

22. Cheng S-H, Shih C-C, Yang Y-K, Chen K-T, Chang Y-H, Yang Y-C. Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci*. 2013; 29(2):100-5. doi: 10.1016/j.kjms.2012.08.017.

23. Schiola A, Lowin J, Lindemann M, Patel R, Endicott J. The burden of moderate/severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a cohort of Latin American women. *Value Health*. 2011; 14(5):93-5. doi: 10.1016/j.jval.2011.05.008.

24. Mieres P, Ribbeck D, Maldonado M. Guía de Salud Menstrual. 1º Edición. Chile: Ministerio de la Mujer y Equidad de Género; 2022. Disponible en: <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Salud-Menstrual-la-tribu.pdf>

25. Kwon Y-J, Sung D-I, Lee J-W. Association among Premenstrual Syndrome, Dietary Patterns, and Adherence to Mediterranean Diet. *Nutrients*. 2022; 14(12):2460. doi: 10.3390/nu14122460.