

ALIMENTACION Y NECESIDADES NUTRICIONALES DURANTE EL CLIMATERIO

Yolanda Rodríguez, M.D.

Fundación Santafé de Bogotá.

Santafé de Bogotá, D.C.

Existe una estrecha relación entre el estado nutricional de la mujer en esta etapa de la vida y los riesgos de desarrollar enfermedades como osteoporosis, problemas cardiovasculares e hipertensión.

Esta relación abarca varios aspectos como:

1. Una dieta deficiente puede ser causa de desnutrición, lo que conlleva a una disminución de calcio y por lo tanto desarrollar osteoporosis.

2. El consumo exagerado de grasas saturadas y carbohidratos, conduce a un exceso de peso que puede desarrollar enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.

3. La falta de ejercicio o vida sedentaria, el consumo de cigarrillo, alcohol, cafeína y bebidas gaseosas, también contribuyen al deterioro del estado nutricional, con alteración de nutrientes esenciales.

En la menopausia y el climaterio se presenta privación estrogénica lo que lleva a una menor absorción de calcio, absorción de solo 25% siendo normal entre 30 y 50% y a una mayor excreción renal, debido a menor concentración de vitamina D, parathormona y estradiol, razón por la cual se disminuyen los niveles de calcio sérico.

La masa ósea aumenta su crecimiento hasta los 30 años, luego empieza a decrecer con la disminución estrogénica, igualmente la calcitonina hormona osteogénica, disminuye su concentración dando como resultado mayor reabsorción del hueso; otras hormonas como el cortisol, la hormona tiroidea y al del crecimiento, tienen un papel importante en la fisiología del hueso, pero no está muy claro su acción.

Los huesos contienen la mayor cantidad de calcio, fósforo y magnesio del organismo. La recomendación para un adulto normal es de 800 mg/día de calcio, 350 mg/día de fósforo y 800 mg/día de magnesio.

El calcio se absorbe a nivel de duodeno y yeyuno proximal; su absorción es más frecuente cuando el estómago está lleno, en la noche y en medio ácido. Se absorbe solamente el 20 ó 30% del calcio ingerido y es menor en la post-menopausia.

La vitamina D, regula el desplazamiento del calcio que entra y sale del hueso, puesto que sus principales funciones son las de mantener la concentración fisiológica de calcio sérico y mejora la absorción a nivel intestinal. Esta vitamina se activa con la luz ultravioleta a nivel de piel y su principal fuente alimentaria son los lácteos.

El exceso puede ser nocivo y tener efectos contrarios. Algunos factores que pueden afectar la absorción de calcio son el consumo de bebidas carbonatadas por su alto contenido de fósforo, intolerancia a la lactosa, consumo de oxalatos o fitatos, que forman complejos de calcio y obstruyen la absorción (acelga, coles, espinaca, soya, cacao y cereales integrales sin fermentar con levadura), alto consumo de proteínas por oxidación del exceso de metionina y sistina lo cual produce hipercalcemia, la alta ingesta de

fibra insoluble que atrapa el calcio y disminuye la absorción, el cigarrillo, el alcohol, la cafeína y el consumo de algunas drogas como anticonvulsivos, diuréticos, corticoides, antiácidos, etc.

Como prevención, se recomienda el consumo de calcio a través de la vida, en la pubertad 1.200 mg/día, en la edad adulta 800 mg/día y en la menopausia y postmenopausia 1.200 a 2.000 mg/día.

Se deben consumir lácteos y derivados: avena, ostras, sardinas, coles, repollo, frijoles, carnes, miel y panela. Si no se alcanzan los requerimientos con la dieta, se deben dar suplementos como: carbono de calcio, fosfato tribásico de calcio y citrato de calcio.

En mujeres menopáusicas se recomienda 200 UI/día de vitamina D, sin embargo, en pacientes con osteoporosis y sustitución hormonal es necesario suministrar de 400 a 1.000 UI/día, exposición al sol durante 10 minutos una o dos veces por semana y consumir lácteos, huevo, hígado y alimentos enriquecidos como leche en polvo.

Otro factor importante es que en la menopausia y el climaterio, se presentan cambios hormonales que pueden trastornar los niveles de lípidos, especialmente el colesterol total y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) que tienden a elevarse.

La concentración de lípidos cambia durante la terapia hormonal con estrógeno, progesterona, testosterona o cuando se administran anticonceptivos.

Los estrógenos tienen efecto protector sobre el sistema cardiovascular. En mujeres post-menopáusicas hay reducción del 50% en infarto del miocardio, accidente cerebrovascular, hipertensión y mejora el flujo sanguíneo.

Es importante realizar una evaluación nutricional que incluya medidas antropométricas, bioquímicas, perfil lipídico, hábito e ingesta de alimentos, para determinar el tratamiento a seguir.

La principal recomendación es la de mantener peso ideal, limitar el consumo de grasa a menos del 30% del valor calórico total, modificación de grasa saturada por insaturada, con máximo 300 mg/día de colesterol.

Los aceites de pescado son ácidos grasos omega 3, se recomienda porque bajan los niveles de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Si no es suficiente con restricción de grasas, por presentar desórdenes genéticos, se debe alternar el tratamiento con droga.

En pacientes con hipercolesterolemia, se hace énfasis en disminuir la ingesta de alimentos como huevo, vísceras, mantequilla, crema de leche, mariscos, piel de pollo, etc. y menos del 10% de grasa saturada por día. En consumo de suplementos vitamínicos debe ser indicado por el médico de acuerdo con sus necesidades.

Es importante recordar el consumo de una dieta balanceada que contenga todos los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas para cada etapa de la vida.

BIBLIOGRAFIA

1. M1. Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología. Segundo Simposio Nacional sobre menopausia. Cali, mayo 7-9 de 1993.
2. Ji-Fan, Hi-He Zhao et al. Dietary Calcium and bone density among middle-aged and elderly woman in China. Am J Clin Nut 1993; 58: 219-227.
3. Fundación Europea de Osteoporosis y enfermedades óseas. Osteoporosis post-menopáusica. La epidemia silenciosa. Editorial Handeldtrykkeriet Aps. Dinamarca. 1990.
4. Uriel S, MA. Bronx New York. Estrogens in the prevention and Treatment of post-menopausal osteoporosis. The American Journal of Medicine Volume 85, 1998.
5. Edwin L, Bierman and John A. Glomset. Disorders of Lipid Metabolism.
6. American College of Physicians-Ann int. Guidelines for counselling Postmenopausal Women about preventive hormone therapy. Med. 1992; 117: 1038-1041.

SINDROME UROGENITAL EN LA POST-MENOPAUSIA DEFINICION Y MANEJO DEL MISMO

Oscar Hernando Angel Villalobos, M.D.

Director Unidad de Urodinamia

Clínica de Marly

Santafé de Bogotá, D.C.

El síndrome urogenital son todos aquellos cambios fisiológicos que se producen en la post-menopausia y que tienen repercusión en el aparato genital y urológico, trayendo consigo una serie de alteraciones que comprometen el funcionamiento normal de las pacientes.

En el estado post-menoapáusico se alteran las estructuras del tracto urinario bajo, el control neurológico de la micción, y el patrón de producción de orina con limitaciones consecuentes para realizar la micción.

Con la edad se produce una pérdida de las propiedades del tejido elástico, un aumento del tejido graso, atrofia celular y degeneración nerviosa. Al caer el estímulo estrogénico disminuye el tejido conectivo y la vascularidad en la submucosa uretral; se altera el glicógeno celular de la vagina y disminuye la presión uretral.

Todos estos cambios se reflejan en la clínica urinaria de esfuerzo, inestabilidad del detrusor, aumento en la frecuencia de las infecciones urinarias y el síndrome uretral.

Los síntomas más comunes son la urgencia, incontinencia de esfuerzo y/o urgencia, nocturna, polaquiuria, disuria y sensación de no desocupar totalmente la vejiga.

Para su diagnóstico es importante la historia clínica que esclarezca y cuantifique los síntomas su repercusión sobre el medio social; un examen físico completo y uno ginecológico que valore la movilidad uretrovesical y relajación pélvica, una valoración neurológica con énfasis en S2 a S4; endoscopia del tracto urinario bajo estudio urodinámico.

El tratamiento es la primera línea de elección, enfatizando la importancia de suplencia hormonal, seguido de farmacoterapia, ejercicios vesicales y como último recurso el quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ouslander JG, Palmer MH, Rovner BW, German PS. urinary incontinence in nursing homes: Incidence, remission and associated factors. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 1083.
2. Wein AJ, Pharmacologic treatment of incontinence. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 317-325.
3. Hilton P, Tweddell AL, Mayne C. Oral and intravaginal estrogens alone and in combination with alpha adrenergic simulation in genuine stress incontinence. International Urogynecology Journal 1990; 1: 80-86.
4. Bergman A, Kooning PP, Ballard CA. Primary stress urinary incontinence and pelvic relaxation: Prospective randomized comparison of three different operations Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 91-101.