

MANEJO Y PREVENCIÓN NUTRICIONALES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA MUJER

Piedad Roldán Jaramillo

Nutricionista Dietista Especialista en Administración de Servicios de Salud.

Desde la antigüedad más remota se encuentran referencias de la llamada “edad crítica” de la mujer, en la que eran señaladas como “mujeres blancas” a las que estaban pasando por la menopausia y “mujeres rojas” a las que menstruaban.

De esta época se resaltan antecedentes como:

- *Aecio de Amida, quien 500 a.C, escribió que la sangre cesaba a los 50 años.*
- *Titius, en el siglo XVIII escribe una tesis llamada: “Cessation Menstruorum”.*
- *Quincy, en el siglo XVIII habla del “climax” en el sentido de “crisis” en la vida de la mujer.*
- *Gardanne, quien en el siglo XIX utiliza ya el término de menopausia “Ménopause” para describir la cesación de la menstruación.*

Son 2.500 años de antigüedad en la que se señala este período como una edad crítica, al relacionarlo con trastornos propios de la reproducción de tipo fisiológicos y psicológicos inevitables. Y lo curioso es que esta concepción no difiere mucho del concepto que hoy, ad portas del siglo XXI tenemos hombres y mujeres profesionales o no frente a la menopausia y el climaterio.

Lo anterior, dado por los mitos y tabúes que se conservan alrededor de la menopausia y el climaterio estigmatizando esta etapa de la mujer de tal forma que no da la suficiente cabida a una mirada preventiva más allá de la curativa, asistencial y resignada.

Lo anterior, lleva a que muchas mujeres se desanimen al advertir la llegada del climaterio y la menopausia, pensando que ya es “demasiado tarde” para plantearse nuevas metas de vida, e incluso se disponen a esperar un rápido deterioro...

Así como preparamos de forma natural a una púber para la adolescencia, o a una madre para su maternidad, deberíamos prepararnos MUJERES para el ciclo de vida que es la menopausia y el climaterio. Con este ciclo ocurre igual que con la vejez (además son relacionadas estrechamente) circunscribiéndolos al deterioro, la enfermedad y la decadencia a tal punto que no hacemos nada para prevenirla y hacer de ella un ciclo más para ser VIVIDO... a plenitud...

El “aumento de la esperanza de vida” que se ha ampliado desde los 27 años para el siglo XVI, hasta los 83 años en nuestros días y los 88,1 que se calculan para el año 2.050, pone de manifiesto que un tercio de la vida de la mujer estará sometida a la “deprivación hormonal”, razón más para dar un viraje diferente a la forma de vida que debe ser este ciclo.

Por lo anterior y por las peculiares características de la morbilidad y la mortalidad asociadas con este período, que son todas prevenibles, se hace inminente el enfoque que debe darse hacia el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER, teniendo presente que “la prevención es la mejor arma que el progreso nos ha heredado, pues nunca es tarde para recurrir a ella. Sin duda entre más temprano se ponga en práctica mejores serán sus beneficios. Lo importante no olvidarla y dejarla como último recurso”.

Y bajo este enfoque, la Alimentación y la Nutrición juegan un papel protagónico, más en la prevención que en el tratamiento, pero igual protagónico.

Como sabemos, las cardiopatías (ateroesclerosis, HTA), la Osteoporosis, el Cáncer (de mama, ovarios y endometrio) y los trastornos de peso (Obesidad) son las principales enfermedades crónicas que se manifiestan en la mujer, relacionadas con la deprivación hormonal.

Así, para desarrollar el tema, más que centrarme en cada una de estas enfermedades, hablaré de las principales consideraciones y recomendaciones que en alimentación y nutrición deben tenerse en cuenta para que la VIDA de la MUJER sea VIVIDA con mayor tranquilidad y CALIDAD.

Para ello, es importante hacer un recorrido por los factores de riesgo asociados con dichas patologías y desarrollar así las orientaciones mencionadas:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON:

Osteoporosis: (Afecta al 80% de las mujeres climáticas)

- Estado menstrual
- **Inactividad**
- Medicamentos
- Ingesta de Calcio
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- **Ingestión excesiva de fibra**
- **Cafeína**
- Raza (blanca)
- Estatura/compleción
- **Peso**
- Antecedentes familiares

Cardiopatías

- Edad
- Herencia
- **Inactividad**
- **Obesidad**

- **Ingesta alta de grasas (principalmente saturadas)**
- **Ingesta alta de carbohidratos (principalmente simples)**
- Raza
- Tabaquismo

Cáncer

- Edad
- Herencia
- Antecedentes

· **Obesidad**

- **Tabaquismo**
- **Alcoholismo**
- **Inadecuados hábitos alimentarios**

Obesidad

- Herencia
- **Inactividad**
- **Ingesta de algunos alimentos**

La obesidad exógena constituye el 92 a 93% de los casos de obesidad... es causada no sólo por exceso en el consumo de calorías, sino además por el bajo gasto energético dado por el sedentarismo y la inactividad.

Con este recuento, podemos establecer, que los puntos concretos sobre los cuales se orientará el tema, serán:

1. El ejercicio / actividad física

El ejercicio isométrico, periódico y constante se convierte en un hábito necesario de ser incluido en el estilo de vida de cualquier mujer a cualquier edad.

No se debe olvidar que el “esqueleto” responde favorablemente al ejercicio físico incluso a los 60 años de edad, y que la inactividad y el sedentarismo debilitan la estructura ósea.

El ejercicio incrementa el consumo máximo de oxígeno, ayuda a formar y conservar la masa magra, aumenta el tono muscular, mejora la sensibilidad a la insulina, disminuye los niveles de colesterol total, aumenta los niveles de HDL, favorece la osteogénesis, produce beneficio psicológico relacionado con satisfacción, autoestima y aceptación, razones por las cuales se convierte en un “arma” importante para prevenir y contrarrestar no sólo la obesidad y el sobrepeso, sino además la Osteoporosis, la diabetes, las cardiopatías y el llamado síndrome del “nido vacío” que experimentan muchas mujeres debido al cambio de rol dentro de los hogares encontrando en el ejercicio una alternativa de entretenimiento y distracción, al tiempo que se cuida la salud.

2. Alimentación adecuada

A diferencia de lo que era la “moda” hasta la década de los 70, cuando la mayoría de las mujeres querían estar “lileni-

tas” para sentirse y ser atractivas, ahora la ambición es ser, sentirse y verse delgadas. Esta preocupación ha ocasionado que un porcentaje importante de las mujeres estén permanentemente “a dieta”, llevándolas con frecuencia a estado de subnutrición y aporte inadecuado de nutrientes. O por la ansiedad y el inadecuado manejo de la ansiedad y el estrés las llevan a incrementar el consumo de carbohidratos, principalmente azúcares, y de grasas, llevando al desequilibrio que ocasiona los trastornos de peso y las manifestaciones de malnutrición.

El plan de alimentación consiste en una asignación diaria de porciones de cada grupo de alimentos, distribuía a lo largo del día, de acuerdo con el tratamiento y condiciones particulares de cada mujer, considerando específicamente.

2.1 Ingestión de Calcio

Como bien sabemos la Osteoporosis es mejor prevenirla que manejarla, de allí que se recomiende una cuidadosa ingestión adecuada de alimentos fuente de calcio desde el nacimiento (400 - 600 mg) y hasta la adolescencia (1.200 - 1.000 mg) por ser períodos críticos en la formación de la masa ósea, y que se continúe hasta la edad adulta (RDA 800 - 1.000 mg / 3 a 4 vasos de leche / día).

Aunque hay gran controversia sobre la eficacia del incremento de la ingestión de calcio después de la menopausia y durante el climaterio para disminuir la frecuencia de fracturas osteoporóticas (1.000 a 1.500 mg/día), parece razonable estimular a todas las mujeres de edad avanzada a que conserven tanto como sea posible un equilibrio positivo de Calcio, cuando menos conservando la Recomendación diaria. Además es visto que si bien no es la condición sine cuanon se evita la Osteoporosis, ésta, junto con la terapia hormonal ayudan a prevenirla.

El temor de las mujeres a presentar sobrepeso y obesidad o trastornos lipídicos, las llevan a disminuir en la edad adulta el consumo de lácteos, tendencia que debe ser adecuadamente orientada para garantizar la ingestión recomendada del calcio.

Los alimentos fuente de este mineral son principalmente los productos lácteos, (no mantequilla o margarina o crema de leche), las sardinas, productos de mar como almejas, ostras, salmón... y aunque se encuentra en los vegetales de hojas verde oscuro, su contenido no es lo suficientemente representativo y se encuentra el limitante del ácido fítico que inhibe su absorción intestinal que es de el 20 al 30% del ingerido. Sin embargo, el brócoli, se considera dentro de los vegetales la mejor opción de aporte de Calcio por su disponibilidad biológica.

El ácido oxálico de los cereales también inhibe su absorción, al igual que el estrés y el exceso de la motilidad intestinal.

Para favorecer la absorción y utilización de este mineral se requieren:

Fósforo: (800 - 1.000 mg/día) que al igual que el calcio juega un papel vital en la estructura de huesos y dientes. Se encuentra generalmente en las fuentes de proteínas (Carnes, pescados, huevos, lácteos y leguminosas) también se encuentra en los cereales de grano entero, pero también en este caso el ácido oxálico inhibe su absorción.

Vitamina D: (5 ug/d que promueve (calcitrol) la absorción intestinal activa del calcio.

Con la H. Paratiroidea, actúa para movilizar el calcio de los huesos y aumenta la resorción de calcio y fósforo.

Se encuentra en aceites de hígado de pescados, hígado, yema de huevo...

2.2 Grasas

Las grasas dentro de la alimentación juegan un papel fundamental que hace imposible su exclusión de la alimentación adecuada.

Son fuentes energéticas, y precursores hormonales, como el caso del colesterol y el ergosterol que son precursores de la vitamina D.

También debe tenerse en cuenta que una ingestión elevada de grasas está relacionada no sólo con la aparición de alteraciones cardíacas, sino además a problemas de obesidad y a la frecuencia de cáncer de mama.

Sabemos que las reservas de energía de los lípidos se da a través de tejido adiposo y que el colesterol de la dieta sumado a por lo menos dos factores de riesgo asociados ya son condicionantes de la aparición de ECV.

La recomendación entonces se orienta hacia la disminución de la grasas total (dentro de los porcentajes normales dentro del Valor Calórico Total: 28% al 30% del VCT), de la grasa saturada al 7 a 8% y el colesterol no más de 200 a 250 mg/día.

Controlando entonces el consumo de margarinas, lácteos enteros, manteca, grasa animal, vísceras, yema de huevo, entre otros, puede garantizarse una ingestión baja de grasas.

2.3 Carbohidratos

Sabemos que los Carbohidratos llegan a la célula en forma de glucosa y toman diversas vías: la del ácido cítrico para oxidarla y satisfacer necesidades energéticas inmediatas, otras vías para síntesis de a.a. no esenciales y que los excesos se almacenan en forma de glucógeno o sintetizado ácidos grasos que se almacenan como triglicéridos en el tejido adiposo.

Los carbohidratos constituyen un elemento fundamental en la alimentación de cualquier persona. Un equilibrio en la ingestión de carbohidratos debe considerar la preferencia de carbohidratos complejos (con tendencia a los de grano entero - integrales), y controlar la de los simples provenientes de dulces, postres y azúcares. Sabiendo que los almidones son menos aterógenos que los azúcares.

2.3.1. Otros

Sodio: Es un regulador del volumen plasmático y de la magnitud del líquido extracelular por ser el ion predominante en este. Los estrógenos por su parecido con la aldosterona causa retención de sodio, favoreciendo la regulación del equilibrio del ion, razón por la cual ha de cuidarse en la menopausia y el climaterio.

El consumo esperado es de 150 a 200 meq/día, estableciendo su restricción dependiendo de cada caso, incluso hasta menos de 50 meq/día.

Además de la sal común, los enlatados, alimentos en conserva, sopas de sobre, embutidos, caldos concentrados, tienen un alto contenido de Sodio, dado por la forma utilizada para su procesamiento, razón por la cual deben recomendarse los alimentos naturales y de preparación casera cuando este compuesto deba restringirse o controlarse.

El potasio: en asocio con el sodio, ayuda a mantener el equilibrio homeostático y en estudios se ha relacionado como factor protector para la HTA debido tal vez a la dilatación arteriolar directa y al aumento de la pérdida de sodio y agua que causa su elevada ingestión.

Se recomienda un consumo diario de 1.6 a 2.5 g/día (50 a 65 meq/día).

Fibra: es un elemento fundamental en la dieta, pues no sólo promueve los adecuados procesos digestivos, favorece además el mantenimiento de la flora intestinal, el metabolismo de las sales biliares, el volumen fecal, el tiempo de tránsito intestinal sino que además está relacionada con la absorción de grasa a nivel intestinal contribuyendo en la prevención de trastornos lipídicos en la mujer (Esta acción es realizada por la fibra soluble).

Las leguminosas contienen 2.9 g de fibra y las verduras 1.3, para una recomendación diaria de aproximadamente 30 g/día, estos dos grupos son una buena alternativa de consumo.

El ácido ascórbico: (60 mg/día) Por su participación en la hidroxilación de la prolina para formar hidroxiprolina en la síntesis del colágeno, favorece la integridad de la estructura celular de los tejidos fibrosos (cartílago, matriz ósea, dentina, piel, tendones, tejido conjuntivo), que sumado a sus propiedades antioxidantes (que inhibe la formación de nitrosaminas carcinógenas) es considerado un nutriente protector contra el cáncer.

No debe descuidarse por ningún motivo la ingestión de proteínas de alto valor biológico en la alimentación de la mujer; dejando de lado el temor a las grasas provenientes de los alimentos de origen animal, pues con las opciones que el mercado hoy nos ofrece frente a los productos lácteos descremados y a la producción pecuaria con contenidos de grasa más bajos en las carnes, no se encuentra justificación para no ingerirlos en la forma adecuada. Más aún si se tiene en cuenta que una mujer con cáncer requiere un aporte óptimo de proteínas para contrarrestar los procesos hipermetabólicos propios de este estado patológico.

Para el mantenimiento de la piel, evitando su deterioro y las molestas arrugas y resequedad, un aporte de proteínas asociado con una buena ingestión de ácido ascórbico, Vitamina A y agua garantizarán además una apariencia sana y joven. Esto implica consumirla diariamente por lo menos 5 porciones de frutas y de verduras frescas.

La Vitamina A, se relaciona con la inhibición de la carcinogénesis química en la piel, glándulas mamarias y vejiga, entre otros. Participa además en la síntesis de proteínas y diferenciación de las células óseas. De allí, que sea importante considerar el buen consumo de frutas de color naranja o rojo y de verduras de color verde oscuro, como alternativa vegetal para su ingestión.

Estas son entonces algunas de las recomendaciones generales a tener en cuenta principalmente en la prevención de enfermedades crónicas en la mujer, y en el manejo de las mismas, resaltando que cada caso ha de tener su estudio y su análisis particular y TENIENDO COMO BASE LA ORIENTACION HACIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES...