

Riesgo cardiometabólico y (peri)menopausia (parte 2)

Dra. Ilian Arsof, UNAM, Médico-Cirujano

Maestría en Nutrición Clínica por la UOC

Certificación en Nutrición Cetogénica por la *American Nutrition Association*

En la parte 1 de este artículo revisamos lo que es el riesgo cardiometabólico y cómo en la (peri)menopausia se incrementa el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular y/o síndrome metabólico, por lo que en esta segunda parte me enfocaré en dar recomendaciones puntuales para disminuir el **riesgo cardiometabólico** principalmente a través de la alimentación y, también, mediante la actividad física.

Recomendaciones dietéticas para prevenir o disminuir el riesgo cardiometabólico durante la (peri)menopausia

- **Contenido energético (“calorías”):** En mujeres con sobrepeso u obesidad, se recomienda una **pérdida de peso de 5%-10%** del peso corporal actual cada semana o, bien, **0.5 kg a 1 kg por semana**. Con esto se garantiza que se perderá grasa en tanto que se conserva la **masa muscular**, la cual es imprescindible para mantener un metabolismo óptimo, como se menciona en el artículo 2 de esta serie (**“El músculo y la (peri)menopausia”**). Esto significa que la ingestión total de **kilocalorías** (kcal) por día debe disminuir en un 15-30% o, bien, ingerir 500-1000 kcal/día menos de los requerimientos energéticos actuales, lo que corresponde a consumir 25 kcal/kg/día, aproximadamente.
 - **Ejemplo:** una mujer de 55 años con una estatura media (1.60 a 1.65 m) y que actualmente pesa 78 kg tendría un requerimiento energético aproximado de **1850-1900 kcal/día** para mantener ese peso y considerando que no realiza actividad física. Para la pérdida de peso o grasa debería entonces consumir alrededor de **1480-1520 kcal/día**, aplicando un 20% menos de kcal/día sobre el requerimiento real actual
 - Es importante tener en mente que alrededor de las **12 semanas** de haber iniciado el plan para la pérdida de peso habrá una desaceleración de la velocidad con la que se pierda peso (grasa)
 - Las dietas muy bajas en calorías (menos de 1000 kcal/día) se deben evitar ya que conllevan deficiencias nutricionales importantes y favorecen la osteopenia y osteoporosis
- **Contenido de agua/líquidos:** Idealmente se deben ingerir **33/mL/kg/día** distribuidos a lo largo del día hasta 2-3 horas antes de la hora de dormir. Por ejemplo, una mujer que pesa 70 kg, debería consumir alrededor de 2310 mL (2.3 litros/día), incluyendo sopas, caldos, jugos, té, café, etc.
- **Contenido de proteína:** En mujeres sedentarias o quienes no practican ejercicio con regularidad, el consumo de proteína debe ser de **1.0 a 1.2 g/kg de peso corporal** (actual) o, bien, entre 15% y 20% del total de calorías (energía) debe provenir de las proteínas de la dieta. En mujeres atletas o quienes se ejercitan de manera regular, el contenido de proteína debe ser de **1.8 a 2.2 g/kg de peso corporal**. El total de gramos de proteína se debe distribuir cada 3-4 horas entre todas las comidas del día (desayuno, comida, cena y colaciones)
- **Contenido de fibra:** 35-45 g/día y de fuentes variadas (vegetales, frutas, semillas, leguminosas, cereales)
- **Vegetales y frutas:** 5 porciones al día equivalentes a 500 g/día, aproximadamente, de los cuales, deben ser 3-4 porciones de vegetales (300-400 g) y 1-2 porciones de fruta (200-100 g)

- **Carne roja y carnes procesadas (embutidos):** no se debe consumir más de 350-500 g de carne roja ya cocinada (cocida, asada, frita) o, bien, 500-700 g de carne roja pesada en crudo a la semana. El consumo de embutidos y carnes procesadas debe ser en cantidades pequeñas y de manera ocasional (una vez cada 2-4 meses). La carne roja puede ser parcialmente remplazada por pescado, huevo, lácteos selectos y la correcta combinación de leguminosas (lentejas, frijoles, edamames o frijol de soya, habas, etc.) y nueces. Dejar al menos 1-2 días de la semana libres de carne roja sería un buen comienzo para disminuir su consumo.
- **Suplementos alimenticios:** en el artículo de esta serie “**Suplementos alimenticios y (peri)menopausia**” se describe a detalle los suplementos recomendados en esta etapa

Tales recomendaciones alimentarias están en sintonía con la **dieta mediterránea (MedDiet)**. En el contexto del riesgo cardiometabólico, existe vasta evidencia sobre los beneficios de la dieta mediterránea; entre ellos:

- a. Disminución del nivel sérico de glucosa en ayuno
- b. Disminución de hemoglobina glucosilada (HbA1c)
- c. Disminución del nivel sérico de insulina en ayuno
- d. Aumento de la sensibilidad a la insulina (mejor metabolismo de glucosa y lípidos)
- e. Disminución del nivel sérico de triglicéridos
- f. Disminución del nivel sérico de colesterol-LDL (lipoproteína de baja densidad - colesterol “malo”)

Éstos y otros beneficios de la dieta mediterránea persisten en el mediano a largo plazo, independientemente de los cambios en el peso corporal. Asimismo, los beneficios en el metabolismo de la glucosa de la MedDiet, como parte de un plan de alimentación reducido en kilocalorías, es evidente con una pequeña pérdida de peso de tan solo 5%.

La **dieta mediterránea (MedDiet)** se caracteriza por el consumo diario abundante de vegetales, legumbres o leguminosas, nueces y semillas, fruta fresca y aceite de oliva extravirgen, como la principal fuente de grasa, así como por un consumo moderado de cereales integrales, lácteos, pollo y huevo, acompañado de un consumo bajo de carne roja y un consumo nulo o mínimo de **grasas trans** (aceites hidrogenados o parcialmente hidrogenados, como la margarina y manteca vegetal), embutidos y azúcares refinados. La **MedDiet** aporta gran cantidad de vitaminas, carotenoides, ácidos grasos no saturados y diversos compuestos fenólicos bioactivos derivados de plantas que son ricos en **antioxidantes** y **propiedades antiinflamatorias**. Para conocer más sobre la MedDiet, consultar el artículo “**Alimentación mediterránea – la dieta más saludable**”.

Recomendaciones de actividad física para prevenir o disminuir el riesgo cardiometabólico en la (peri)menopausia

1. **Pasos por día:** al menos 6000 / día
2. **Actividad aeróbica:** al menos 150 minutos de actividad moderada a intensa por semana a través de actividades como caminata, natación, ciclismo
3. **Ejercicio de resistencia:** al menos 2 días a la semana de ejercicio de fuerza (peso libre o contra resistencia). En mujeres que nunca han realizado este tipo de actividad o dejaron de practicarlo durante un largo periodo de tiempo, el inicio debe ser gradual. Se recomienda la lectura del artículo “**Actividad física y (peri)menopausia**” para conocer más recomendaciones y detalles de este tipo de ejercicio.
4. **Flexibilidad y equilibrio:** yoga y/o pilates al menos 1 día a la semana para mejorar la flexibilidad, fortalecer las articulaciones y prevenir caídas

Se ha observado que la pérdida de peso y grasa corporal es mayor en las mujeres en (peri)menopausia que realizan de manera regular tanto **actividad física aeróbica** como **ejercicio de resistencia** (fuerza – pesas). De manera similar, la combinación de actividad aeróbica y ejercicio de resistencia ha demostrado mejorías notables en la **sensibilidad a la insulina** observándose una disminución en la **hemoglobina glucosilada** (HbA1c) y otros parámetros relacionados con el metabolismo de la glucosa o los carbohidratos, tanto en mujeres en (peri)menopausia sin diabetes o prediabetes, como en aquellas que ya tienen un diagnóstico de diabetes o prediabetes. Para conocer más sobre la resistencia/sensibilidad a la insulina, la prediabetes y la diabetes, referirse al artículo **“Insulina, glucosa, prediabetes y diabetes – parte 1”**.

En estudios de largo plazo con mujeres en (peri)menopausia se ha identificado que el **aumento de peso** y de la **circunferencia o diámetro de la cintura** es mayor en los siguientes grupos:

- a. Mujeres con menopausia temprana (último periodo menstrual entre los 40 y 45 años de edad)
- b. Mujeres con menor consumo de fibra
- c. Mujeres con más consumo de alcohol
- d. Mujeres fumadoras

Iniciar, o retomar, un estilo de vida que incorpore una dieta adecuada y ejercicio combinado (aeróbico y de fuerza) durante la **transición a la menopausia (perimenopausia)** ofrece más ventajas en términos de disminución del **riesgo cardiometabólico** futuro que esperar para implementarlo hasta la posmenopausia cuando ya ha ocurrido un incremento sustancial de peso y masa grasa.

La menopausia representa un punto en el tiempo ideal para reevaluar la salud y el riesgo cardiovascular y un tiempo perfecto para considerar realizar cambios en el estilo de vida.

Mensajes para recordar:

1. El aumento de peso y grasa corporal inherente a la (peri)menopausia se puede contrarrestar eficazmente mediante una dieta ligeramente baja en energía (kilocalorías) y ejercicio combinado
2. La dieta mediterránea es una muy buena alternativa de alimentación puesto que está alineada con las necesidades de nutrientes y compuestos antioxidantes y antiinflamatorios necesarios en la (peri)menopausia, a la vez que contribuye a la disminución del riesgo cardiometabólico
3. Se obtienen mucho mejores resultados si se combina ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, *cardiodance*, etc.) con ejercicio de fuerza o resistencia (pesas con peso libre y/o aparatos)
4. El ejercicio de fuerza es imprescindible para conservar o incrementar la masa muscular y mantener un metabolismo óptimo
5. El cambio a un estilo de vida más saludable reditúa más en términos de prevención de enfermedad cardiometabólica si se implementa en la perimenopausia y no hasta después de ocurrida la menopausia

NOTA IMPORTANTE: las recomendaciones proporcionadas en este artículo representan sólo una guía y no excluyen la asesoría y el acompañamiento de un médico nutriólogo quien elaborará un plan de alimentación personalizado con base en las necesidades específicas de cada persona, sobre todo si la persona padece una enfermedad de base con requerimientos nutricionales particulares.

Referencias bibliográficas

1. Fahed, G.; Aoun, L.; Bou Zerdan, M.; Allam, S.; Bou Zerdan, M.; Bouferraa, Y.; Assi, H.I. Metabolic Syndrome: Updates on Pathophysiology and Management in 2021. *Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23, 786. <https://doi.org/10.3390/ijms23020786>
2. P. Collins, C. M. Webb, T. J. de Villiers, J. C. Stevenson, N. Panay & R. J. Baber (2016) Cardiovascular risk assessment in women – an update, *Climacteric*, 19:4, 329-336, DOI: 10.1080/13697137.2016.1198574
3. Ko, S.-H., & Kim, H.-S. (2020). *Nutrients*, 12(1), 202. <https://doi.org/10.3390/nu12010202>
4. Ko, S.-H.; Jung, Y. Energy Metabolism Changes and Dysregulated Lipid Metabolism in Postmenopausal Women. *Nutrients* 2021, 13, 4556. <https://doi.org/10.3390/nu13124556>
5. Marlatt KL, Pitynski-Miller DR, Gavin KM, Moreau KL, Melanson EL, Santoro N, Kohrt WM. Body composition and cardiometabolic health across the menopause transition. *Obesity (Silver Spring)*. 2022 Jan;30(1):14-27. doi: 10.1002/oby.23289
6. Kodoth, et al.; *Women's Health Reports* 2022, 3.1 <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/whr.2021.0119>
7. Erdélyi, A.; Pálfi, E.; Tóth, L.; Nas, K.; Szűcs, Z.; Török, M.; Jakab, A.; Várbiro, S. The Importance of Nutrition in Menopause and Perimenopause—A Review. *Nutrients* 2024, 16, 27. <https://doi.org/10.3390/nu16010027>
8. Stacy T. Sims, Chad M. Kerksick, Abbie E. Smith-Ryan, Xanne A.K. Janse de Jonge, Katie R. Hirsch, Shawn M. Arent, et al. (2023) International society of sports nutrition position stand: nutritional concerns of the female athlete, *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 20:1, 2204066, DOI: 10.1080/15502783.2023.2204066
9. Hulthén RM, Marlatt KL, Allerton TD, Lovre D. Detrimental Changes in Health during Menopause: The Role of Physical Activity. *Int J Sports Med*. 2023 Jun;44(6):389-396. doi: 10.1055/a-2003-9406
10. Cheng TY, Wu WT, Peng CH, Liu KL, Yao TK, Yu TC, et al. Effect of aerobic exercise on bone health in postmenopausal women with obesity: Balancing benefits with caloric restriction and resistance exercise. *Tzu Chi Med J* 2024;36(4):377-86.
11. Aneis, Y.M.; El Refaye, G.E.; Taha, M.M.; Aldhahi, M.I.; Elsis, H.F. Concurrent Aerobic and Strength Training with Caloric Restriction Reduces Insulin Resistance in Obese Premenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Medicina* 2023, 59, 1193. <https://doi.org/10.3390/medicina59071193>
12. Munshi A, Garg R. Obesity and Menopause: Redefining Obesity - New Guidelines. *J Midlife Health*. 2025 Jan-Mar;16(1):1-5. doi: 10.4103/jmh.jmh_24_25
13. Seimon RV, Wild-Taylor AL, Keating SE, McClintock S, Harper C, Gibson AA, Johnson NA, Fernando HA, Markovic TP, Center JR, Franklin J, Liu PY, Grieve SM, Lagopoulos J, Caterson ID, Byrne NM, Sainsbury A. Effect of Weight Loss via Severe vs Moderate Energy Restriction on Lean Mass and Body Composition Among Postmenopausal Women With Obesity: The TEMPO Diet Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019 Oct 2;2(10):e1913733. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019
14. Mirabelli M, Chieffari E, Arcidiacono B, Corigliano DM, Brunetti FS, Maggisano V, Russo D, Foti DP, Brunetti A. Mediterranean Diet Nutrients to Turn the Tide against Insulin Resistance and Related Diseases. *Nutrients*. 2020 Apr 12;12(4):1066. doi: 10.3390/nu12041066
15. Schwingshackl L, Morze J, Hoffmann G. Mediterranean diet and health status: Active ingredients and pharmacological mechanisms. *Br J Pharmacol*. 2020 Mar;177(6):1241-1257. doi: 10.1111/bph.14778
16. Eglseer D, Traxler M, Embacher S, Reiter L, Schoufour JD, Weijs PJM, Voortman T, Boirie Y, Cruz-Jentoft A, Bauer S; SO-NUTS consortium. Nutrition and Exercise Interventions to Improve Body Composition for Persons with Overweight or Obesity Near Retirement Age: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Adv Nutr*. 2023 May;14(3):516-538. doi: 10.1016/j.advnut.2023.04.001.