

Simposio Salud Femenina y Anabólicos

BENEFICIOS DE LA REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA EN LA MUJER

DR. LUIS PARRILLA

La realización de actividad física reglada y en forma regular brinda importantes beneficios en el estado de salud de toda mujer que la practique.

El ejercicio físico produce una serie de modificaciones en distintos aparatos y sistemas de la economía que son fundamentales en la prevención y / o tratamiento de enfermedades tales como la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, obesidad , diabetes, osteoporosis, algunas neoplasias (mama, cuello uterino, colon)

permitiendo además alcanzar una mejor calidad de vida, modificaciones en el área física, las funciones cognitivas y las relaciones sociales.

La realización de actividad física regular produce modificaciones a nivel del aparato circulatorio, ya sea en las cavidades cardíacas, el endotelio, la circulación regional y general, el aparato respiratorio, la morfología corporal, el metabolismo de los grandes nutrientes, los sistemas energéticos, el aparato neuroendocrino, la musculatura esquelética, el aparato osteoarticular entre otros y son estos cambios los que podrán generar beneficios para quien practique ejercicio en la medida que este sea adecuadamente prescripto.

Hasta no hace mucho tiempo era común pensar que la mujer tenía limitaciones importantes para realizar determinadas actividades físicas y su participación deportiva quedaba restringida a aquellas disciplinas de baja intensidad, duración, con escaso requerimiento de fuerza y que tenían que ver sobre todo con determinadas destrezas (ej :danza, gimnasia).

En la actualidad se ha establecido que si bien la mujer no puede igualar al hombre en determinadas actividades sobre todo en las de mayor uso de la fuerza máxima debido a determinados factores regidos por las diferencias hormonales que diferencian a ambos sexos, los programas de entrenamiento y las posibilidades de prestación y mejoría son muy similares tanto para el hombre como para la mujer .

La prescripción de actividad física para una mujer deberá estar inevitablemente precedida de una adecuada evaluación de su aptitud psicofísica acorde a su edad, estado de salud previo, condición y aptitud física y a un establecimiento preciso de los objetivos a lograr a través del desarrollo de un plan de entrenamiento (actividades recreativas no competitivas, prevención o tratamiento de patologías, deporte competitivo, alto rendimiento, etc)

Esto nos permitirá establecer lo más adecuado para cada situación en particular y seguramente permitirá obtener los beneficios pretendidos.

Lamentablemente no siempre esto ocurre y nos encontramos en ese caso en que la realización de actividad física que no se adecúa a las variables expuestas previamente, puede llegar a ser perjudicial para la salud de la mujer que la practique generando lesiones por sobre-uso, trastornos alimentarios, alteraciones hormonales o reproductivas, psicológicas entre otras y muchas veces pueden llegar a generar secuelas irreversibles.

Es en este punto donde no debemos dejar de evaluar la influencia que el entorno (familia, compañeros, entrenadores, dirigentes et) puede ejercer sobre la mujer que realiza alguna actividad deportiva siendo la niñez y adolescencia los momentos en los que más pueden aparecer trastornos vinculados a la práctica deportiva.

Es fundamental poder reconocer estas situaciones para evitar que se produzcan o bien para corregirlas efectuando un trabajo multidisciplinario que incluya la educación como pilar de las acciones de prevención primaria de salud

Es necesario poder brindar una mayor igualdad de oportunidades para que la mujer pueda realizar actividad física ya sea desde un mayor posicionamiento a nivel gerencial, mejores instalaciones y una mejor comprensión de la fisiología femenina vinculada a la actividad física (incluyendo estados fisiológicos como el ciclo menstrual y el embarazo) .

ALTERACIONES ENDOCRINAS EN MUJERES POR SOBREENENTRENAMIENTO FISICO

DRA. INES DE LA PARRA

En los últimos años, se ha incrementado el número de mujeres que participan en actividades físicas, lo mismo el inicio precoz en infancia y pubertad. A raíz del aumento de la actividad deportiva se ha encontrado una relación casual entre la actividad atlética y la mayor incidencia de menarca retrasada y disfunciones menstruales.

Uno de los responsables que en el deporte no cumpla con los objetivos que fue implementando ha sido: una sociedad con modelos exitistas, padres en busca de trascendencia social y económica, docentes,

profesores y entrenadores en busca del reconocimiento de las instituciones que pertenecen, médicos que desconocen la problemática del deporte, factor individual de la persona, etc.

La incidencia de alteraciones menstruales, depende del nivel de competición y el tipo de actividad física y el nivel nutricional, oscilando la presencia de amenorrea entre un 79%-34% siendo la actividad física que mas afecta es a las maratonistas.

La **tríada de la mujer atlética** se caracteriza por: **amenorrea, alteración en la alimentación** y la presencia de **osteoporosis**, lo misma que la posibilidad de presentar un potencial riesgo de enfermedad cardiovascular prematura.

La alteración del eje hipotálamo hipofiso ovárico, depende del desbalance energético el cual no es compensado por la ingesta calórica, para una significativa energía expansiva, pudiendo estar afectados otros ejes hormonales

INADECUADA
INGESTA CALORICA
ENERGETICA

+ > ACTIVIDAD FISICA
(> GASTO ENERGETICO)

DEFICIENCIA

Por lo tanto el factor determinante principal de la amenorrea en estas mujeres sería la deficiencia nutricional y no el ejercicio físico por sí mismo.

El efecto cardiovascular del hipoestrogenismo crónico en atletas con amenorrea estaría dado por: alteración de la función endotelial, disminución de circulación de nitratos y nitritos, aumento peroxidación de los lípidos.

Disfunciones endocrinas que se caracteriza por la alteración de la frecuencia y amplitud de pulsos de LH, aumento de la secreción nocturna de melatonina, aumento de neuropéptido Y se ve en algunos atletas pero no en todos, hipoleptinemia, hipoprolactinemia (pero dentro de valores normales), disminución del nivel total y las fracciones libres de T4 y T3 en ausencia de alteraciones de TSH, hipoglucemia e hipoinsulinemia, disminución de GHBP y de IGF1/IGFBP1.

El descenso de IGF1, podría ser el mayor contribuidor de la osteopenia en amenorrea hipotalámica.

Los atletas que presentan asociado una anorexia nerviosa (AN) tienen, en comparación con AN sedentarias niveles más bajos de gonadotropinas, periodos más prolongados de amenorrea y un peso corporal mas alto al momento de la recuperación de los ciclos menstruales.

La severidad de la osteoporosis es mayor en pacientes cuya amenorrea comenzó durante la adolescencia y en aquellas con amenorrea muy prolongadas. Los huesos que soportan mayor magnitud del ejercicio se asocia a mayor incidencia de fracturas.

Es recomendable el equipo multidisciplinario para el tratamiento de estas pacientes.

Siendo importante la toma de conciencia de la paciente, familiares y profesores, de la relación de la disfunción endocrina con el sobreentrenamiento físico. Se aconseja cambios en los hábitos de comida, disminución del entrenamiento físico, incremento del peso corporal. Tratamiento con estrógeno/progesterona en amenorreas hipoestrogénicas y en casos de alteración de la masa ósea suplemento con calcio, vitamina D y K, no siendo recomendable los bisfosfonatos en estas pacientes jóvenes.